

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



Instituto Superior Bissaya Barreto

Rede Social e Solidão em idosos institucionalizados

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social

Catarina Alexandra Ferreira Alves

Janeiro 2013

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



Instituto Superior Bissaya Barreto

Rede Social e Solidão em idosos institucionalizados

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social

Orientadora: Professora Doutora Isabel Cerca Miguel

Mestranda: Catarina Alexandra Ferreira Alves

Catarina Alexandra Ferreira Alves

Janeiro 2013

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível sem o contributo de diversas pessoas, que ao longo da investigação me foram apoiando direta ou indiretamente e que sem elas a finalização deste trabalho não teria o mesmo significado.

À Professora Doutora Isabel Cerca Miguel, a minha orientadora, pois este trabalho não seria possível sem as suas valiosas sugestões, críticas, confiança, apoio e sabedoria que me transmitiu desde o início deste trabalho, e a quem quero aqui expressar o meu agradecimento pela atenção e disponibilidade que sempre demonstrou.

A todos os idosos que participaram neste estudo, bem como aos diretores técnicos e responsáveis pelas instituições, pois sem a sua amável colaboração, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, pela motivação e apoio incondicionais neste e noutros momentos essenciais da minha vida. Muito obrigada por toda a dedicação e amor que sempre me deram.

À minha irmã, pelo apoio, força e energia que me transmite essenciais para atingir os meus objetivos.

Ao Pedro, o meu marido, por todo apoio que me deu, pela calma que me transmitiu e pelas palavras que me deram alento para continuar. Obrigado pela força incondicional que me dá todos os dias e que ao longo da nossa caminhada me tem ajudado a crescer pessoalmente e profissionalmente.

A todos os meus amigos e pessoas que se cruzaram comigo nesta caminhada...

Alguém já me disse que, se você quiser saber como se sente um velho, embace os óculos, tape os ouvidos com algodão, calce sapatos pesados e folgados para os seus pés, ponha luvas, e tente – mesmo assim – levar o seu dia de forma normal.

Skinner e Vaughan (1985)

RESUMO

No sentido de compreender a solidão sentida pelos idosos institucionalizados realizou-se o presente estudo, cujos objetivos consistem em caracterizar a Rede de Apoio Social dos utentes institucionalizados, compreender a satisfação com o suporte social nos utentes institucionalizados, avaliar a solidão sentida nos utentes institucionalizados e relacionar a intensidade da Rede de Apoio Social com a solidão sentida em idosos institucionalizados. Para avaliar todos estes objetivos, fez-se um estudo em quatro instituições na cidade do Porto, onde participaram 50 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 59 e os 90 anos (Média = 78,06).

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram o questionário sociodemográfico, a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a Escala de Solidão UCLA e o Índice de Lawton e Brody.

Os principais resultados permitem caracterizar a dimensão e a frequência de contatos dos idosos institucionalizados que constituem a amostra do presente estudo, sobretudo em termos das suas relações familiares, relações com amigos e relações de confiança. Os dados obtidos permitem, ainda, concluir pela relativa satisfação dos idosos questionados quanto à sua rede de amigos, familiares e relações íntimas. Todavia, contrariamente a estes dados, a satisfação com as atividades sociais apresenta, para estes idosos, um nível negativo. Contrariamente ao esperado, os dados não revelam associações estatisticamente significativas entre a rede de apoio social e os níveis percebidos de solidão, evidenciando a necessidade de aprofundar estudos a este nível.

Palavras-chave: Institucionalização; Solidão; Rede de Suporte Social; Idosos.

ABSTRACT

In order to understand the loneliness felt by institutionalized elderly held the present study, whose objectives are to characterize the Social Support Network users' institutionalized understand satisfaction with social support on users institutionalized assess loneliness felt in users and institutionalized relate the intensity of Social Support Network with loneliness felt in institutionalized elderly. To evaluate all these goals, it was a study in four institutions in Porto, where participated 50 institutionalized elderly aged 59 and 90 years (Mean = 78.06).

The instruments used in this investigation were the sociodemographic questionnaire, the Scale of Social Support Network Lubben, Scale Satisfaction with Social Support, Loneliness Scale and the UCLA Lawton and Brody Index.

The main results allow characterize the size and frequency of contacts of the institutionalized elderly in the sample of this study, particularly in terms of their family relationships, relationships with friends and Trusts. The results allow us also to conclude the relative satisfaction of the elderly questioned about their network of friends, family and intimate relationships. However, contrary to these data, satisfaction with social activities presents, for these seniors, a negative level. Contrary to expectation, the data reveal no statistically significant associations between social support and perceived levels of loneliness, highlighting the need for further studies at this level.

Keywords: Institutionalization, Loneliness, Social Support Network; Seniors.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
Parte I – Estudos teóricos.....	14
CAPITULO I – O ENVELHECIMENTO.....	15
1.1. Teorias e alterações associadas ao envelhecimento.....	15
1.2. Envelhecimento Demográfico	21
1.3. O processo de envelhecimento em meio rural e meio urbano.....	24
CAPITULO II – REDES DE SUPORTE SOCIAL	27
2.1. Apoio Social e Redes Sociais	27
2.1.1. Evolução da Rede Social no decorrer do envelhecimento.....	31
2.1.2. Papel da família.....	32
2.1.3. Papel dos amigos	33
CAPITULO III – SOLIDÃO NOS IDOSOS	35
3.1. Solidão.....	35
3.2. Diferentes tipos de solidão.....	36
3.2.1. Solidão emocional e solidão social	36
3.3. Solidão e envelhecimento.....	37
3.3.1. Causas e consequências da solidão e envelhecimento	39
3.4. Idosos Institucionalizados	41
Parte II – Estudos Empíricos	43
CAPITULO IV - METODOLOGIA	44
4.1. Objetivos.....	44
4.2. Instrumentos.....	45
4.2.1. Questionário sociodemográfico.....	45
4.2.2. Escala de Rede de Apoio Social de Lubben.....	45
4.2.3. Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS).....	45

4.2.4. Escala de Solidão UCLA.....	46
4.2.5 Índice de Lawton e Brody.....	46
4.3. Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	46
4.4. Amostra.....	47
CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	50
5.1. Resultados relativos à rede social	50
5.1.1. Rede familiar.....	50
5.1.2. Rede de amigos.....	52
5.1.3. Relações de confiança	54
5.2. Resultados relativos à satisfação com suporte social	55
5.3. Resultados relativos à solidão	63
5.4. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária	69
5.5. Relação entre a rede de apoio social e o nível de solidão	79
CAPITULO VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	82
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
Anexos	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Idades totais e por sexo	48
Tabela 2.Distribuição de frequências e percentagem em função do sexo (N=50)	48
Tabela 3.Distribuição de frequências e percentagem em função da idade (N=50)	48
Tabela 4.Distribuição de frequências e percentagem em função do estado civil (N=50)	49
Tabela 5. Distribuição de frequências e percentagem em função da escolaridade (N=50)	49
Tabela 6. Distribuição de frequências e percentagem em função da reforma (N=50)	49
Tabela 7. Resultados relativos à rede familiar (N=50)	50
Tabela 8. Resultados relativos à rede familiar (N=50)	51
Tabela 9. Resultados relativos à rede familiar (N=50)	51
Tabela 10.Resultados relativos à rede familiar	52
Tabela 11.Resultados relativos à rede de amigos (N=50)	52
Tabela 12. Resultados relativos à rede de amigos (N=50)	53
Tabela 13. Resultados relativos à rede de amigos (N=50)	53
Tabela 14. Resultados relativos à rede de amigos	54
Tabela 15. Resultados relativos às relações de confiança (N=50)	54
Tabela 16. Resultados relativos às relações de confiança (N=50)	55
Tabela 17. Resultados relativos às relações de confiança	55
Tabela 18. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)	56
Tabela 19. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)	56
Tabela 20. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	56
Tabela 21. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)	57
Tabela 22. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)	57
Tabela 23. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	58
Tabela 24. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	58
Tabela 25. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	58
Tabela 26. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	59
Tabela 27. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	59
Tabela 28. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	60
Tabela 29. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	60
Tabela 30. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	60
Tabela 31. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)	61

Tabela 32. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50).....	61
Tabela 33. Resultados relativos à satisfação com suporte social.....	62
Tabela 34. Resultados relativos à satisfação com suporte social sexo feminino	62
Tabela 35. Resultados relativos à satisfação com suporte social sexo masculino	63
Tabela 36. Resultados relativos à solidão (N=50)	63
Tabela 37. Resultados relativos à solidão (N=50)	64
Tabela 38. Resultados relativos à solidão (N=50)	64
Tabela 39. Resultados relativos à solidão (N=50)	64
Tabela 40. Resultados relativos à solidão (N=50)	64
Tabela 41. Resultados relativos à solidão (N=50)	65
Tabela 42. Resultados relativos à solidão (N=50)	65
Tabela 43. Resultados relativos à solidão (N=50)	65
Tabela 44. Resultados relativos à solidão (N=50)	66
Tabela 45. Resultados relativos à solidão (N=50)	66
Tabela 46. Resultados relativos à solidão (N=50)	66
Tabela 47. Resultados relativos à solidão (N=50)	67
Tabela 48. Resultados relativos à solidão (N=50)	67
Tabela 49. Resultados relativos à solidão (N=50)	67
Tabela 50. Resultados relativos à solidão (N=50)	67
Tabela 51. Resultados relativos à solidão (N=50)	68
Tabela 52. Resultados relativos à solidão (N=50)	68
Tabela 53. Resultados relativos à solidão (N=50)	68
Tabela 54. Resultados relativos à solidão	69
Tabela 55. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	69
Tabela 56. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	69
Tabela 57. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	70
Tabela 58. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	70
Tabela 59. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	70
Tabela 60. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	71
Tabela 61. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	71
Tabela 62. Resultados relativos às actividades instrumentais da vida diária (N=50).....	71
Tabela 63. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	72
Tabela 64. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	72

Tabela 65. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	72
Tabela 66. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	73
Tabela 67. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	73
Tabela 68. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	73
Tabela 69. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	74
Tabela 70. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	74
Tabela 71. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	74
Tabela 72. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	75
Tabela 73. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	75
Tabela 74. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	75
Tabela 75. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	76
Tabela 76. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	76
Tabela 77. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	76
Tabela 78. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	77
Tabela 79. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	77
Tabela 80. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	77
Tabela 81. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	78
Tabela 82. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	78
Tabela 83. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)	78
Tabela 84. Resultados relativos às atividades instrumentais de vida diária	79
Tabela 85. Resultados da análise correlacional da rede de suporte social e a solidão.....	81

INTRODUÇÃO

Por natureza, o ser humano é sociável, embora haja pessoas mais sociáveis que outras, o que depende das próprias características de cada indivíduo ele pode necessitar de estar mais ou menos sós. Apesar de o ser humano não estar feito para viver na solidão, em determinados momentos da vida as pessoas sentem necessidade de estar sós ou isolados, mas apesar disto ninguém gosta de sentir solidão (Ussel, 2001).

A pertinência da investigação sobre esta temática, a solidão em idosos, é impulsionada pela evolução do índice de envelhecimento na população. Com o aumento da esperança média de vida e a diminuição do índice de natalidade, influenciada pelos movimentos migratórios, notou-se nos últimos anos um envelhecimento acentuado na população. Berger e Mailloux-Poirier (1995) dizem que o envelhecimento da população está a modificar de uma forma profunda as interações dos indivíduos.

Os idosos podem sofrer alterações a nível psicológico tais como as perdas de memória ou dificuldades no raciocínio, no entanto, estas perdas são colmatadas pela sabedoria que essas pessoas nos podem transmitir. As pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem levar a perturbações mentais e/ou comportamentais. Os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social e são também muitas vezes um dos grupos mais vulneráveis à pobreza.

O isolamento, tal como todas as outras formas de exclusão social de que os idosos são alvo, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida.

Na opinião de Quaresma, Fernandes, Calado e Pereira (2004), a velhice não tem que ser um problema, mas sim ser apenas um período da vida categorizado segundo a idade. O que poderá ser um problema é a ausência ou insuficiência de respostas sociais para satisfazer as necessidades básicas do ser humano. Neste contexto, os idosos podem adotar estratégias inadequadas para a sua saúde física e mental.

Weiss (1982, citado por Anderson, 1998), falava da importância do estudo da solidão, devido à importância de encontrar intervenções para esta problemática, devendo os estudos servir para melhor conhecer a realidade que envolve este fenómeno e encontrar ações que possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, assim como o seu bem-estar.

Dado o exposto, é relevante e pertinente investigar o isolamento e a solidão que é sentida pelos idosos institucionalizados.

Este trabalho está dividido em duas partes. Na primeira, será abordada a fundamentação teórica que dá apoio à investigação em causa, abordando o envelhecimento e o processo de envelhecimento em meio rural e meio urbano, os idosos institucionalizados e a solidão. Na segunda, será descrita a investigação empírica efetuada ao longo deste trabalho, descrevendo a metodologia, definindo os objetivos, caracterizando a amostra, explicitando os procedimentos efetuados, instrumentos utilizados, bem como apresentados e discutidos os resultados obtidos nesta investigação.

.

Parte I – Estudos teóricos

CAPITULO I – O ENVELHECIMENTO

1.1. Teorias e alterações associadas ao envelhecimento

Com o passar dos anos o homem sofre desgastes que levam a um processo que denominamos de envelhecimento. O envelhecimento humano e demográfico é um grande problema da sociedade atual, o que conduz a uma crescente necessidade de conhecimento da velhice, embora esta seja muito heterogênea.

Para os gerontólogos a velhice é vivida primeiro no corpo, quando aparecem os cabelos brancos, as rugas, as dificuldades auditivas e visuais, a lentidão nos reflexos, entre outras (Silva, 2005).

A velhice é para alguns um aprovisionamento, uma extensão da vida onde não há possibilidade de qualquer ato fecundo, onde existe uma consciencialização do seu momento atual, que deve ser vivido da mesma forma como nos seus anos de jovialidade. Outros consideram a fase da velhice como um momento complexo, que poderá ser visto de uma forma preconceituosa ou como uma conquista, um privilégio por ter conseguido chegar aquele patamar (Costa, 1998).

Zimmerman (2000) refere que o envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. É um fenómeno biológico e psicológico universal, associado a conotações positivas e negativas, determinadas pelo ambiente cultural. A forma gradual e natural das alterações que ocorrem ao longo da vida, poderão estar associadas a características genéticas individuais e principalmente ao modo de vida de cada um. A velhice é, deste modo, um período repleto de grandes mudanças que atingem três níveis: o biológico, psicológico e social, assim como as relações que os idosos têm com o exterior. Todas as mudanças sofridas pelo idoso vão implicar que este faça um esforço para se conseguir adaptar às novas condições de vida, sendo este um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico (Pinheiro & Lebres, 1998, citado por Sequeira & Silva, 2002).

O envelhecimento caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais (Figueiredo, 2007). Estas mudanças são inevitáveis pois a velhice é uma etapa especialmente intensa de perdas afetivas e perda de papéis. Assim sendo, o desafio principal do

envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para adaptar-se a essas situações para manter a qualidade de vida desejada.

Neste ciclo da vida, o acontecimento mais marcante é a extinção da atividade laboral que leva a uma inatividade, o que pode ser encarado de forma negativa pelos idosos, pois há uma alteração de rotinas que pode ter consequências negativas na saúde e bem-estar do idoso.

Com o avanço da idade, as relações sociais e a troca de apoio social diminuem, o que faz emergir um sentimento de solidão, pois é nesta fase que surgem acontecimentos marcantes tais como as perdas, o afastamento de familiares, a saída dos filhos de casa (Figueiredo, 2007).

As alterações económicas, sociais e familiares conjuntamente com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais e funcionais podem ter repercussões na autoestima, bem-estar e qualidade de vida do idoso.

O envelhecimento é uma experiência subjetiva pois está relacionada com aquilo que cada sujeito vivencia e com as suas crenças e práticas associadas à velhice. No processo de envelhecimento está presente a interação de determinantes internos (por exemplo o património genético) e determinantes externos (estilos de vida, educação e ambiente onde o idoso está inserido).

Costa (2002, p. 37) define o envelhecimento com um processo “ experiencial subjetivo, que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de senescência”, e defende ainda que o envelhecimento é um processo “ segundo o qual, o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente, sendo que da senescência resulta o aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte”.

Paúl e Fonseca (2005, p. 28) abordam o envelhecimento com “ base na teoria do caos, pode ser definido como um processo de aumento de entropia com a idade, da qual pode surgir a ordem ou a desordem, a dinâmica do envelhecimento trata da serie finita de mudanças em direção a uma maior desordem e estruturas ordenadas de maior diferenciação”.

O envelhecimento é um processo individual e heterogéneo, que é irreversível e inevitável. As pessoas não envelhecem todas da mesma forma e no mesmo espaço temporal.

As definições de envelhecimento são várias e vão evoluindo com avanço que se vai fazendo nesta área, e apesar de cada definição ser mais abrangente que outra, o envelhecimento é e será sempre o processo que identifica a velhice, o passar de um estágio

evolutivo para o estágio seguinte, onde levamos sinais físicos, psicológicos e sociais que fazem denotar o passar dos anos.

Birren e Fisher (1995) referem que o envelhecimento é um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais.

As alterações decorrentes do envelhecimento não afetam todos os idosos ao mesmo tempo e da mesma forma. Deste modo, não podemos afirmar que existe só um tipo de idade, mas sim vários tipos: a idade cronológica, a biológica, a psicológica, a emocional e a social.

Quando nos referimos à *idade cronológica*, falamos do número exato de anos que o indivíduo tem naquele momento, sendo que esta não se apresenta como um bom critério para entender alterações consequentes do envelhecimento de um indivíduo pois o número de anos não permite ter a informação completa acerca da sua saúde, estado psicológico, papel social e qualidade de vida.

A *idade biológica* está relacionada com o envelhecimento do organismo, onde os declínios da natureza não atingem todos os indivíduos de forma uniforme: algumas pessoas mantêm algumas das suas capacidades enquanto noutras estas já se deterioraram.

No que respeita à idade psicológica e à idade social, estas podem ser influenciadas por diversos fatores. Na *idade psicológica*, há o intuito de se reportar sobre a maturidade mental da pessoa e das suas capacidades cognitivas. A evolução da idade psicológica é influenciada pelo modo como cada um vê a sua vida e como age em função do seu pensar. Na *idade social*, o indivíduo sofre influências da sociedade onde está inserido.

É de salientar que as pessoas próximas a cada idoso têm um papel preponderante, pois a presença ou ausência e haver ou não relação interpessoais são fatores que levam a família e/ou os amigos do idoso a catalisar o seu processo de envelhecimento.

Farinatti (2002) faz referência às teorias do envelhecimento, que estudam o processo de envelhecimento sob a ótica da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células. Para o autor, as teorias podem ser classificadas em duas categorias: i) as de natureza genético-desenvolvimentista, onde o envelhecimento é entendido no contexto de um *continuum* controlado geneticamente e ii) as de natureza estocástica, onde o processo de envelhecimento depende fundamentalmente do acumular de agressões ambientais. Se a capacidade de adaptação do organismo for reduzida e/ou se a ação dos fatores estocásticos for exagerada, poderá resultar um desequilíbrio excessivo e aumentar a suscetibilidade para

acumular lesões e défices nas células, manifestando-se no processo de envelhecimento celular, tecidual e orgânico.

Beauvoir (1990) sustenta que o envelhecimento tem sobretudo, uma dimensão existencial, como todas situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com um mundo e com a sua própria história, revestindo-se de características bio psíquicas, sociais e culturais.

Como já se referiu, envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais nos indivíduos, sendo estas alterações naturais e gradativas. Convém todavia, salientar que essas transformações são gerais, embora se possam verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um. Neste sentido, uma alimentação cuidada, a prática de exercício físico, a moderada exposição ao sol, a estimulação mental, o controle do *stress*, o apoio psicológico, a atitude positiva perante a vida e o envelhecimento, são alguns fatores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo.

Relativamente aos aspetos físicos, hoje em dia, com o avanço farmacológico, a melhoria nas condições de vida e a maior preocupação com a prevenção de doenças com uma alimentação equilibrada e exercício físico, o envelhecimento está a acontecer numa idade mais avançada. Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. A velhice não é uma doença, mas é uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. É uma altura em que as pessoas adoecem mais, com mais facilidade e demoram mais tempo a recuperar. Parte do “segredo do bem-viver” é aprender a conviver com essas limitações.

O envelhecimento social da população promove uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de uma crise de identidade provocada pela falta de papel social – causadas por mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade – que levará o idoso a uma perda da sua autoestima. Com o aumento do seu tempo disponível, ele deverá adequar-se a novos papéis, podendo a situação de reforma ser vivida de uma forma mais ou menos fácil dependendo do idoso e das suas as perdas diversas, que vão da condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia e a diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a institucionalização.

Desta forma, torna-se necessário um trabalho para que os idosos consigam ajustar as suas relações sociais, com filhos, netos, colegas e amigos, assim como para que sejam criados

novos relacionamentos, já que muitos acabaram, e a aprendizagem de um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas.

No que respeita aos aspetos psicológicos, o envelhecimento traz ainda ao ser humano uma série de mudanças, que podem resultar em dificuldade em se adaptar a novos papéis, a falta de motivação e dificuldade em planear o futuro, a necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais, a dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, e a baixa autoestima.

Assim como as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo. As pessoas mais saudáveis e otimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento. A funcionalidade dos idosos pode ser afetada pelas alterações físicas, psicológicas e sociais que o envelhecimento acarreta.

A evolução da sociedade é uma coisa constante, e os seus problemas vão variando de acordo com as mudanças de necessidade e interesses das pessoas, sendo o envelhecimento um desses problemas e que leva a reajustamentos nas estruturas sociais e no modo de vida (Paúl, 1997).

O processo de envelhecimento promove inúmeras alterações na vida do idoso, que lhe afetam a mobilidade, a funcionalidade e a saúde prejudicando a sua qualidade de vida e privando-o de uma vida autónoma e saudável. O envelhecimento é um processo natural mediado por fatores que não podem ser mudados - tais como os biológicos - e outros passíveis de sofrer modificações - tais como os psicológicos e sociais (Karinkanta, 2005).

No conjunto destas alterações, uma maior longevidade não é sinónimo de qualidade de vida, sendo a diminuição das capacidades funcionais um importante fator condicionante na vida do idoso.

Neste sentido, avaliação da funcionalidade tem como objetivos identificar as perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, para além de contribuir na intervenção com o intuito de manter e/ou recuperar as capacidades, constituindo uma dimensão predominante para a avaliação da situação de perda de autonomia do idoso (Campos, 1982).

Segundo Fillenbaum (1984), podemos descrever a funcionalidade com sendo a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, sendo essas tarefas cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. A capacidade funcional para desempenhar

tarefas do dia-a-dia traz benefícios tanto para a saúde física e mental, tal como determina o bem-estar social.

A Organização Mundial de Saúde (1998) faz referência a três importantes dimensões para avaliar a funcionalidade da pessoa idosa: as AVD'S (Atividades Básicas da Vida Diária), que dizem respeito ao nível mais grave de incapacidade no que diz respeito às aptidões físicas, pois avaliam as funções de sobrevivência tais como a capacidade ou não de o idoso se conseguir alimentar, tomar banho, vestir-se ou deslocar-se para outro local; as AIVD'S (Atividades Instrumentais de Vida Diária), que se estendem a situações mais complexas do quotidiano de um indivíduo menos dependente como, por exemplo, gerir dinheiro, sair sozinho, fazer compras ou utilizar o telefone; e as AAVD'S (Atividades Avançadas de Vida Diária), que incluem atividades sociais, ocupacionais e de recreação. Se o idoso tiver dificuldade em participar nestas atividades pode não ter uma perda funcional, mas mostra que há um maior risco para tal acontecer no futuro.

De acordo com Rikli e Jones (1999), a aptidão física no idoso é ter a capacidade física e/ou fisiológica para executar as atividades de vida diária de forma segura e autónoma sem se sentir fatigado.

Segundo Fillenbaum (1984), ter autonomia física é ser capaz de executar tarefas relacionadas com os cuidados pessoais diários (lavar-se, vestir-se, comer), enquanto que ter autonomia instrumental é ter capacidade para executar tarefas relacionadas com a adaptação ao meio onde está inserido (telefonar, fazer compras, gerir dinheiro, tarefas domésticas, toma de medicação).

Katz (1963) publicou a primeira escala de avaliação da autonomia nas atividades básicas do dia-a-dia. A subescala que avalia a autonomia física é constituída por seis tarefas (banho, vestir, ir ao wc, transferência, continência e alimentação), tendo cada tarefa três graus (independente, necessita de alguma ajuda e dependente) e como classificação final tem oito níveis (A, B, C, D, E, F, G, e outros). Então, um indivíduo é independente (A) se desempenhar todas as tarefas de forma independente, e dependente (G) se necessitar da ajuda de terceiros para executar todas as tarefas do dia-a-dia, sendo que correspondem aos níveis intermédios (B, C, D, E, F e outros) todos os sujeitos que são independentes em algumas tarefas. A escala de Katz que avalia a autonomia instrumental é constituída por oito tarefas (habilidade para utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, tratar da casa, tratar da roupa, utilizar transportes públicos, responsável pela toma de medicação e gestão financeira) e

em cada tarefa o idoso é classificado como sendo capaz ou incapaz de realizar determinada tarefa, podendo existir níveis intermédios.

Podemos considerar um idoso incapaz quando este, com regularidade e de forma indispensável, necessita de pessoas ou meios que o auxiliem nas atividades do dia-a-dia e em que ele não colabora. Um idoso é autónomo se, mesmo necessitando de meios de apoio, colabora na execução das tarefas, e é independente se não necessita de apoio para efetuar as suas tarefas.

Baltes e Reizenstein (1986) consideram que a dependência pode ser uma forma do idoso conseguir contacto social e atenção, podendo, portanto esta ter uma função adaptativa. Porém nem todas as condutas dependentes são adaptativas. O facto do idoso se sentir dependente da ajuda de outros para realizar as atividades diárias pode ter um impacto negativo, pois pode levar a sentimentos de improdutividade, vulnerabilidade e debilidade, podendo conduzir ao isolamento social. Muitas vezes a perda de autonomia é uma das principais causas de institucionalização.

Para Campos (1982), a incorreta determinação do nível adequado de cuidados pode ter consequências negativas, pois se forem aplicados mais cuidados do que os necessários poderá levar à dependência dos idosos. Se, por outro lado, forem mais reduzidos do que realmente necessitam os idosos, podem ser prejudicados na sua qualidade de vida. O planeamento de intervenção deve ser elaborado de acordo com as necessidades reais para evitar gastos desnecessários.

1.2. Envelhecimento Demográfico

Cada vez mais as populações estão a envelhecer em todo o mundo. O número de pessoas idosas tem um crescimento maior em relação à natalidade, o que leva a um aumento de gastos em assistência social e instituições por parte dos diversos países. Atualmente, os governos ponderam aumentar a idade de acesso à reforma para tentarem uma melhor adaptação socioeconómica.

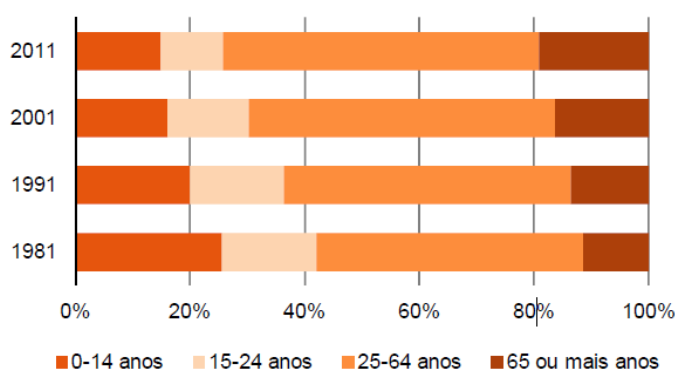
O envelhecimento da população é rápido, e nos países em desenvolvimento é ainda acompanhado por mudanças nas estruturas e papéis da família, que se encontram em fase de transição, pois cada vez mais cada família possui um maior número de idosos e os jovens cada vez mais migram para as cidades à procura de emprego e melhores condições de vida.

Para além deste cenário, temos ainda o papel da mulher que tem vindo a mudar de forma drástica, sendo que estas desempenham cada vez mais um trabalho formal, muitas vezes longe de casa, ficando assim com menos tempo disponível para cuidar das pessoas idosas.

O envelhecimento tem como base principal a maior longevidade dos indivíduos. Segundo o INE (2002), apesar de haver outros fatores, o aumento da esperança média de vida é um importante fator a ter em conta. O envelhecimento demográfico pode ser definido como o aumento da proporção de idosos na população total, e esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou ativa.

De acordo com o INE (2011), as características demográficas da população mostram que se agravou o envelhecimento da população na última década em Portugal: atualmente cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011



O envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem visível nos resultados dos Censos 2011. Em 1981, um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem, e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos idosos. Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem e cerca de 19% da população (2,023 milhões de pessoas) tem 65 ou mais anos de idade.

Em Portugal, de acordo com o INE (2011), cerca de 60% da população idosa, com 65 ou mais anos, vive só. Ao longo da última década o número de pessoas idosas a viver sozinhas ou a residir com outras pessoas idosas aumentou cerca de 28%.

Comparando os estudos entre 2001 e 2011, verifica-se uma acentuada redução da população jovem (5,1%) e da população jovem em idade ativa (22,5%). Mas em

contrapartida, aumentou a população idosa (19,4%), bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

Através do INE (2011) verificou-se um acentuado predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres. À medida que a idade avança, a preponderância da população feminina é reforçada e em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4. Podemos explicar estes resultados com base na mortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres.

Os resultados do INE (2011) evidenciam que na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6%.

Em todo o território nacional há evidência do agravamento do envelhecimento da população portuguesa, que deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território.

O esforço da sociedade sobre a população ativa agravou-se na última década em 4% e, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade, este indicador tenderá a agravar-se.

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial, e o aumento da esperança média de vida já não é um privilégio dos países desenvolvidos. O aumento de idosos e a maior longevidade do homem não devem ser encarados como um problema mas sim como conquistas decorrentes do processo de envelhecimento social, e cabe à sociedade criar condições para que o idoso, ao viver mais tempo, possa usufruir de melhores condições de vida, tendo em consideração as alterações normais do processo de envelhecimento.

No decorrer da velhice, os idosos defrontam-se com inúmeras dificuldades, muitas delas decorrentes da sua fragilidade e vulnerabilidade, podendo torna-los potenciais vítimas da crescente violência social observada nos nossos dias (Gaioli, 2004).

“Portugal, em termos de morbilidade, a elevada prevalência de determinadas patologias da população idosa determina que um terço dos internamentos seja por

reumatismos, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, diabetes e doenças mentais” (Costa, 2005, p. 39).

Os grandes avanços médicos e científicos têm implicação direta na presença e permanência dos idosos na sociedade, pois promovem uma melhor saúde nos idosos e têm influência nas estruturas sociais que acolhem e apoiam este grupo etário.

Para se compreender o envelhecimento teremos que analisar as mudanças sociais e individuais da idade de uma forma coletiva e individual.

1.3. O processo de envelhecimento em meio rural e meio urbano

Cada idoso tem uma história de vida, e a sua forma de estar e sentir só podem ser compreendidas tendo em conta o seu percurso de vida e a relação que este tem com o seu cenário atual. O envelhecimento é acompanhado por várias dimensões entre elas as biológicas, psicológicas, sociológicas e interage com o ambiente que o rodeia (Sequeira & Silva, 2002). De acordo com estes autores, os meios rurais podem ser considerados locais privilegiados de envelhecimento.

No meio rural o contexto físico permanece estável durante longos períodos de tempo e onde as mudanças são graduais. Aqui os idosos têm um ritmo de vida mais calmo e têm uma maior estabilidade populacional, o que permite manutenção de laços afetivos, uma maior rede social e apoio emocional. Neste contexto, todos se conhecem uns aos outros e há um sentido de identidade. Um meio rural promove um ambiente mais acolhedor e de suporte quando as capacidades pessoais começam a diminuir, pois é um meio praticamente familiar, onde o idoso tem um vínculo de longa data e que lhe confere a segurança de conhecer e ser conhecido pelas outras pessoas, e de conhecer também o meio que o envolve e consegue ter a percepção de qual será o melhor local para atravessar a estrada, quais os percursos mais seguros e quais os locais com algum significado especial, onde a familiaridade de certa forma poderá compensar a perda de visão e audição (Holland, Kallagher, Peace, Scharf, Breeze, Gow, & Gilhooly, 2005).

Muitos idosos, apesar das dificuldades, continuam a cuidar dos animais e das parcelas de terreno, o que lhes permite conservarem-se ativos e habilitados até possuírem força física que os permita continuar.

O processo de envelhecimento é influenciado de certa forma pelo contexto social em que se envelhece, onde as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o

envelhecimento podem ser mais ou menos relevantes tendo em consideração o contexto onde o idoso se inclui.

Lopes (2004), num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social de idosos do meio rural e meio urbano observou que no que diz respeito ao suporte social, o meio rural mostrou uma maior perceção de suporte social recebido, e verificou também a existência de correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social.

De acordo com o estudo efetuado por Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), ao compararem subamostras do meio rural e urbano, concluíram que no meio rural há uma maior perceção de suporte social recebido e uma rede familiar e de amizade mais alargada, justificando que tal discrepância existe devido às diferentes práticas culturais de sociabilidade nos diferentes contextos. Os mesmos autores referem ainda que as atitudes face ao envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos em contexto urbano, e que o índice de satisfação com a vida é mais elevado nos idosos em contexto rural. Após analisarem os dados obtidos, os autores atribuíram aos idosos em contexto rural uma condição superior face ao envelhecimento bem-sucedido: estes mostraram-se mais ativos embora tenham um nível de participação social baixo, o que não se pode valorizar muito pois tem que se ter em linha de conta que neste meio esta participação nunca foi muito alta em todas as fases do ciclo de vida, pelo que no envelhecimento mantêm o mesmo nível. Muitos destes idosos têm ainda como vantagem terem de enfrentar uma passagem à reforma, pois muitos viviam do trabalho no campo e ainda o fazem, podendo ser de uma forma mais limitada mas não mudaram por completo as suas rotinas.

Melo e Neto (2003), lembram que a grande desigualdade entre meio rural e urbano é a presença do campo/agricultura no meio rural, que promove que o idoso se mantenha ativo e incentiva a sociabilidade, pois permite aos idosos estarem na sociedade de forma ativa.

As atitudes face ao envelhecimento são mais negativas nos meios urbanos que nos rurais: para muitos idosos, a vida nos meios urbanos provoca um insuficiente suporte social, as redes sociais são frágeis, e não têm qualquer visibilidade social, são marginalizados e desprezados. A maior situação de carência material sentida nos meios rurais é colmatada pelas redes sociais. Os idosos rurais são mais ativos, autónomos e têm um maior suporte social (Fonseca, 2005).

Atualmente verificamos que “há como que um sentimento de fim, não só de uma vida mas de uma terra...” (Fonseca, Paúl, Martín e Amado, 2005,p.106), pois em muitas aldeias

rurais, principalmente no interior, pode-se falar de um aspeto negativo de viver em meios rurais, pois a família pode encontrar-se longe - por norma, nos meios urbanos - e as aldeias ficam desertas, porque os jovens vão embora devido à falta de empregos e os idosos vão morrendo, sendo este um aspeto negativo dos meios rurais.

CAPITULO II – REDES DE SUPORTE SOCIAL

2.1. Apoio Social e Redes Sociais

Atualmente, é aceite a ideia de que o apoio social desempenha uma forte influência na saúde e no bem-estar dos indivíduos. Brito e Koller (1999) definem a rede social como uma interface entre o indivíduo e o sistema social que ele integra. Mencionam que a rede de apoio social fornece subsídios para definir as formas como a pessoa percebe o seu mundo e se orienta nele, bem como as suas estratégias e competências para estabelecer relações e enfrentar adversidades. A família, os amigos, o sistema moral e de valores constituem esferas da vida potencialmente capazes de fornecer apoio à pessoa nas diversas relações sociais e diante dos variados eventos que ela experiencia. Quanto mais satisfatória for a percepção da pessoa em relação à sua rede de apoio social, mais fortes serão seus sentimentos de satisfação com a vida.

Segundo Barrón (1996), o apoio social é um conceito interativo que se refere às relações que se estabelecem entre indivíduos, e define a utilidade das pessoas nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. O apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

Vaz Serra (1999) define o apoio social, de um ponto de vista análogo, pois segundo o autor é a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de um modo dinâmico o idoso, sendo um conceito interativo referente a transações entre indivíduos, com o intuito de promover o bem-estar físico e psicológico. É um processo dinâmico de influência mútua entre o idoso e a sua rede de apoio.

Loreto (2000) refere que o apoio são as atividades dos domínios instrumental e expressivo, enquanto que por outro lado, o social diz respeito ao vínculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado numa das três vertentes: a comunitária, a de rede social e a de relacionamento íntimo.

O apoio social não deve ser apenas uma construção teórica, mas sim um processo dinâmico e complexo, que envolve articulações entre os indivíduos e as suas redes sociais, com vista à satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais de que são detentores, para enfrentarem novas exigências e atingir novos objetivos.

A subjetividade e individualidade do apoio social dependem da percepção pessoal de cada idoso, e assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se pela crença generalizada que os idosos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.

O apoio social irá ter um efeito direto sobre o bem-estar, fomentando a saúde, o que significa que quanto maior for o apoio social menos será o mal-estar psicológico experimentado pelos idosos, e quanto menos for o apoio social maior será a incidência dos transtornos.

As redes sociais de apoio têm uma importância fundamental no apoio aos idosos. Há vários autores a fazer referência a esta problemática, de entre os quais destacamos alguns citados por Paúl (1991), Cassel (1974). No que diz respeito à epidemiologia têm como preocupação as condições ambientais como sobrelotação ou falta de habitação adequada, na saúde física e mental das populações. Caplan (1964), no que respeita à área da psiquiatria, faz referência aos sistemas de apoio primários, grupos de ajuda mútua e grupo de vizinhos, prestando uma ajuda fundamental no alívio do stress das pessoas. Kelly (1966) refere-se aos agentes urbanos, que têm um papel de primeira linha no apoio aos problemas emocionais da classe operária e como mediadores entre a cultura local e os sistemas formais de saúde nas áreas urbanas.

De acordo com Paúl (1993) as redes sociais de apoio não são mais do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio para a manutenção e promoção da saúde das pessoas e os recursos que são partilhados pelos membros desse sistema.

A rede social refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizados em circunstâncias específicas caracterizam a integração social da pessoa. Já a rede de suporte é diferente da rede social porque visa uma ajuda concreta ao idoso. Assim podemos dividir as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais que são denominadas de redes de apoio formal e as redes de apoio informal. O apoio prestado por estes dois tipos de redes são o apoio psicológico- que tem como base o bem-estar psicológico - e o apoio instrumental - que tem como base a ajuda física em situações em que há diminuição das capacidades funcionais dos idosos.

No que concerne às redes de apoio formal, é pertinente enunciar os serviços estatais da segurança social e os serviços organizados pelo poder local, tais como, os lares de terceira idade, os serviços de apoio domiciliários e os centros de dia.

Quando fazemos referência ao apoio informal, estamos a falar da família do próprio idoso e também dos amigos e os vizinhos. O papel da família é muito importante para os idosos nesta última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia é reduzida ou nula.

Com a evolução da sociedade, o papel que a família desempenhava já não é o mesmo, tendo vindo a sofrer uma redução e sendo cada vez mais difícil, pois na atualidade o trabalho feminino e o nível de habilitações podem ser apontados como um dos principais motivos para esta situação. A família tem, ainda, um papel muito importante no apoio instrumental e no bem-estar psicológico do idoso.

No que respeita ao apoio informal prestado pelos amigos e vizinhos, também pode ser considerado preponderante no apoio à velhice, do ponto de vista emocional e também instrumental, sendo mais frequentes em situações de ausência de familiares. O apoio informal tem como base o dar e receber apoio, formando um sistema ecológico com pessoas desempenhando um papel complementar.

A combinação entre o apoio formal e informal não é tarefa fácil, mas o equilíbrio entre estas duas formas de apoio é o ideal.

Para Sluzki (1997), as redes sociais pessoais são redes formadas por um conjunto de pessoas que interagem com o idoso no dia-a-dia. A rede social é composta por um conjunto de relações pessoais do idoso e pode ser dividida em quatro grupos fundamentais, sendo eles a família, os amigos, as relações de trabalho e as relações comunitárias ou de serviços. Estas relações podem ainda dividir-se em três áreas, sendo elas as relações íntimas (compostas por familiares diretos com os quais há um contato diário e amigos próximos), as relações pessoais (com menos grau de compromisso, composta por relações sociais ou profissionais com contato pessoal mas sem intimidade) e, por fim, as relações ocasionais (compostas por conhecidos do trabalho, vizinhos ou familiares afastados).

A existência de relações sociais tem bastantes benefícios porque contribuem para a integração social e evita o isolamento. Quando existe uma mudança numa relação é porque se formou ou quebrou um laço entre duas pessoas, mas pode haver mudanças no funcionamento e as relações permanecem intatas. É pertinente saber se as mudanças no apoio social,

relacionadas com a idade, são atribuídas em primeiro lugar à perda de relações importantes, tais como a mobilidade ou a morte, ou a mudanças ao longo do tempo.

Com o avanço da idade ocorrem mudanças relativas à existência e funcionamento das redes de apoio, pois vão ocorrer perdas relativas à existência. No que respeita ao funcionamento, a idade acarreta alterações devido à mudança nos papéis sociais ou mobilidade, que podem diminuir as oportunidades de interagir e, conseqüentemente, o apoio recebido.

A relação que existe entre a ajuda recebida e a prestada é um fator importante para se compreender a evolução das relações ao longo da vida, se o apoio prestado e o recebido se altera ou não. O idoso tem mais necessidade de receber apoio do que aquele que dá.

A idade promove variações no apoio emocional devido à perda da relação entre irmãos e os idosos também dão menos apoio emocional aos filhos. No que toca à saúde, o apoio prestado diminui com a idade e o recebido tem tendência a aumentar.

O sexo dos idosos leva a diferenças nas redes de apoio, principalmente no que respeita à rede de amigos. Os idosos homens têm, aparentemente, mais conhecidos, enquanto que por outro lado as idosas têm mais confidentes, o que tem implicações em termos de apoio recebido, pois espera-se que as mulheres tenham mais apoio emotivo e que deem mais apoio na área da saúde que os homens.

O idoso que não se encontre satisfeito com a quantidade e qualidade do apoio social prestado pode sofrer perturbações psicológicas.

Os elementos da rede são pessoas com quem podemos contar, que influenciam o nosso estilo de vida, os nossos sucessos e insucessos, a nossa segurança e sentimento de bem-estar, e mesmo a nossa saúde (Portugal, 2006).

Na rede de apoio social devem ser consideradas duas dimensões: as relativas à estrutura e as relativas à função. Por isso, instrumentos que tenham o objetivo de avaliar a rede de apoio social devem analisá-los de forma integrada e dinâmica. A estrutura refere-se à multiplicidade das relações identificadas, isto é, ao número de pessoas com as quais o indivíduo pode realmente contar em sua rede. É identificada pela quantidade e multiplicidade das relações. A função refere-se à satisfação e à ausência de conflitos nas relações, ou seja, à qualidade das mesmas.

A rede de apoio social tem vindo a ser identificada como um fator de proteção para a manutenção da saúde e do bem-estar em idosos. Assim, investigações sobre os processos

relacionados à rede social devem ser realizadas para subsidiar intervenções mais eficazes que possam gerar melhores condições de desenvolvimento e de qualidade de vida para as pessoas.

O suporte social é entendido com a existência e disponibilidade das pessoas em que se pode confiar, que mostram afeto e se preocupam com o outro, sendo de caráter pessoal ou interpessoal quando falamos em amigos, familiares e conhecidos e formal ou profissional quando nos referimos a grupos, associações e organizações.

Martins (2003) defende que as redes de vizinhança e de comunidade local funcionam como ajuda pontual e de retaguarda, porque cuidar de um idoso implica entrar na vida do mesmo, e essa atitude não faz parte do modelo de vizinhança atual, principalmente o que se vive em meio urbano.

“ A amizade não se traduz numa solidariedade contínua se for sempre uma das partes a receber e a outra a dar. Pelo contrário, a amizade subsiste numa base de igualdade e reciprocidade. Se o equilíbrio nesta relação se perder, a amizade corre o risco de desaparecer, os amigos ajudam-se pontualmente, raramente prestam um cuidado continuado” (Martins, 2003, p.42).

2.1.1. Evolução da Rede Social no decorrer do envelhecimento

Com o aumento da esperança média de vida, hoje, a maioria das pessoas consegue fazer planos em relação ao seu envelhecimento. Apesar da grande heterogeneidade dos padrões de envelhecimento, continuam associados aos idosos uma série de estereótipos negativos com consequências desagradáveis para estes indivíduos e para a sociedade em que estão inseridos.

Assim, é ainda comum associar o envelhecimento à demência, à ausência de capacidade de aprendizagem, à reforma que traz consigo o vazio e as depressões, dependência e passividade, ao isolamento social, à tristeza e apatia, aos problemas de saúde, ao sofrimento e incapacidade sexual, à incapacidade de gerir a sua própria vida.

Estes estereótipos sobre o envelhecimento residem, essencialmente, na falta de informação sobre a velhice e na tendência de atribuir aos idosos um papel passivo, marcado pela dependência e assistencialismo. Tudo isto afeta a forma como as pessoas veem os idosos e a forma como os idosos se veem a si próprios, o comportamento dos idosos acaba por ser

afetado de tal forma que começam a ser passivos, a isolar-se socialmente e a conformar-se às expectativas sociais q existem a seu respeito.

Ao longo da vida, o indivíduo constrói a sua rede social, sendo que a sua extensão vai depender de fatores sociodemográficos, fatores culturais e fatores de personalidade. Com o avançar da idade as alterações na rede social surgem na sequência de transformações do campo relacional ou como resposta às necessidades do indivíduo, ocorre também um decréscimo no tamanho da rede, devido à perda de familiares e amigos.

Na velhice, as mulheres têm uma maior extensão da rede social que os homens - o tipo de relações dos homens é relacionada com o trabalho, por outro lado, as mulheres baseiam-se na família e amigos. Para os homens o declínio da rede dá-se com a reforma, enquanto que nas mulheres dá-se com a perda de familiares e amigos.

A rede social do idoso pode ser constituída por familiares, amigos, vizinhos e redes formais de ajuda.

2.1.2. Papel da família

A família surge como “ a rede alargada de parentes, como um grupo de parentes com os quais o idoso mantém um conjunto de trocas e interações mais ou menos intensas” (Pimentel, 2005, p. 67).

A imagem do idoso só, abandonado e sem recursos, tem-se tornado muito comum, “ mas, a par desta imagem, vulgarizou-se também a ideia de que, há alguns anos atrás, quando a família era uma instituição forte e estável, o idoso não era alvo de discriminação e de abandono” (Pimentel, 2005, p. 33). O cenário ideal para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada e sem grandes discontinuidades é a permanência no meio familiar e social, porque o apoio dado pelos familiares, é normalmente o mais adequado às necessidades de cada indivíduo.

Geralmente, a família, é o centro do apoio recebido e prestado, mas o seu caráter de obrigatoriedade tem, por vezes, efeitos complexos e até negativos na qualidade de vida dos idosos.

A partir do momento em que o declínio da família se estendeu às relações intergeracionais, esta deixou de poder atender às necessidades dos idosos. O aparecimento de agentes especializados levou a família a desresponsabilizar-se, mas ainda há alguns que

consideram que cuidar dos familiares idosos é um dever, uma obrigação, mas também uma demonstração de amor e afeto. De qualquer forma, nota-se, uma maior intervenção das instituições numa área em que anteriormente a responsabilidade era principalmente da família, uma vez que quando o idoso necessita de uma ajuda efetiva, as famílias tendem a recorrer a alternativas institucionais.

Tendo em vista melhorar as condições de vida dos idosos, que têm uma rede de solidariedade primária insuficiente ou inexistente, têm vindo a ser criados equipamentos e serviços, de forma a abranger diferentes necessidades e níveis de carência.

2.1.3. Papel dos amigos

Para Paúl (2005), a rede de amigos é uma escolha voluntária por parte dos indivíduos, potencialmente mais positiva do que a rede familiar.

A amizade pode ser organizada em grupos. Em primeiro lugar, os indivíduos conhecem-se e, para se tornarem amigos, têm de identificar um ganho instrumental com a relação (diversão, alegria, bom-humor), ou um ganho afetivo (confiança, lealdade). Assim, a amizade pode partir de uma relação mais generalista para uma relação mais próxima de lealdade e confiança recíprocas (Souza & Garcia, 2008).

Na velhice, a amizade é mais heterogénea, pois além dos amigos do mesmo sexo, tem-se muitos amigos do sexo oposto e um grande saudosismo em relação às amizades do passado, e as “amizades femininas são diferentes de amizades masculinas desde a infância” (Souza & Garcia, 2008, p. 181).

Os idosos vêem-se confrontados com o desafio de descobrir novas fontes de apoio e amizades. A definição do “verdadeiro amigo” assume contornos mais latos e instrumentalista, uma vez que se trata de alguém a quem os idosos podem pedir alguns favores. No entanto, embora as amizades se tornem mais pragmáticas, há amigos que dificilmente são substituíveis, aqueles com os quais estabeleceu uma relação de grande intimidade e cumplicidade.

Os amigos têm um grande peso no bem-estar dos idosos, pois partilham com eles intimidades, recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização, e mesmo apoio instrumental. “As amizades são uma fonte de auto - confirmação, valorização do eu, auto - percepção, intimidade, aceitação e proteção contra o mundo” (Paúl, 1997, p. 109).

A existência de relações mais próximas e significativas, em que há um investimento afetivo e solidário é fundamental ao longo da vida e, claro, na velhice. Um dos fatores de risco para a solidão parece ser a falta de alguém em quem confiar.

CAPITULO III – SOLIDÃO NOS IDOSOS

3.1. Solidão

A solidão é um sentimento amplo e subjetivo com diferentes causas e manifestações.

Um indivíduo que sofre de solidão tem dificuldades de socialização, fazer amigos, participar em atividades de grupo. Normalmente atribuem a solidão à sua falta de habilidade, acreditam que têm menos competências, enquanto que por outro lado os que não sofrem de solidão, atribuem a traços pessoais. Os indivíduos solitários estão menos capacitados para resolver problemas (Horowitz, French & Andreson, 1982).

O ser humano tanto pode ter necessidade de apego (Bowlby, 1969/1990), como também pode ter necessidade de estar só (Buchholz & Helbraun, 1995).

Estar só, pode-se definir como uma necessidade de um indivíduo se retirar, psicologicamente e/ou fisicamente, de forma a conseguir organizar-se e reconstituir o seu funcionamento, com o intuito de maximizar a organização precetiva e cognitiva, o bem-estar e de forma a desenvolver o *self* e as suas capacidades criativas (Buchholz, & Helbraun, 1995).

O estar só é uma necessidade biológica e psicológica, e o sono é um bom exemplo da necessidade biológica de estarmos sós, pois dormir é uma forma de organizar a nossa mente: em termos psicológicos podemos dar enfase à reflexão e rezar (Buchholz & Helbraun, 1995).

Rubenstein e Shaver (1982, citado por Neto, 2000) realizaram um estudo na população em geral através de um inquérito, e encontraram quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas referiam sentir quando estavam sós: desespero, depressão, aborrecimento e auto-depreciação.

Ussel (2001, citado por Fernandes, 2007), através de um estudo sociológico da solidão, refere a necessidade de ter em linha de conta que o trabalho e a família são dois pontos-chave que estruturam e definem a existência humana e, assim, qualquer transformação num destes vetores pode originar problemas, quer de âmbito instrumental, quer emocional, onde se deve também incluir o sentimento subjetivo de solidão.

O conceito de solidão é um conceito muito vago, influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Todavia como é compreensível, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa, diante de cada situação avalia o seu estado de solidão e do modo como lida com ela.

Quando uma pessoa se sente sozinha, experiencia sentimentos de angústia, insatisfação e exclusão. Tal não significa que sintamos a solidão sempre do mesmo modo, pois diferentes pessoas, perante situações diferentes, podem experienciar diferentes sentimentos de solidão.

A solidão inclui desejo do passado, frustração com o presente e medos acerca do futuro. Mesmo em pessoas que não tiveram a perda do cônjuge, a solidão pode aparecer associada a muitos sentimentos juntos. Certas pessoas são mais suscetíveis de experienciarem a solidão de modo mais intenso e duradouro do que outras. Todavia, uma predisposição para a solidão não causará necessariamente a experiência de solidão num momento particular, mas fará com que as pessoas sejam mais vulneráveis a fatores situacionais. A solidão pode levar ao desenvolvimento de certas características pessoais, o que faz com que seja difícil conhecer a ligação exata entre características pessoais e a solidão. Seja qual for a relação causal, a investigação tem posto em evidência que as pessoas que dizem ser solitárias descrevem-se e agem de modo diferente das que não o dizem.

Deste modo, como se pode compreender, a solidão apresenta várias dimensões complexas, que serão descritas de seguida.

3.2.Diferentes tipos de solidão

3.2.1. Solidão emocional e solidão social

Existem várias abordagens e dimensões em que a solidão pode ser estudada. A solidão pode ser estudada e analisada numa vertente unidimensional, tendo em conta a solidão como um todo. Por outro lado, a solidão pode ser dissecada em várias dimensões, que ajudam a compreender este termo e esta realidade tão subjetiva.

Segundo Young (1978, citado por Jong-Gierveld, & Raaschelders, 1982), há três tipos de solidão: a *crónica*, quando durante alguns anos o individuo não está capaz de desenvolver relações sociais satisfatórias; a *situacional*, quando há um episódio de vida stressante (morte ou divórcio) e que depois do luto o indivíduo sai da solidão; e a *transitória* onde decorrem curtos períodos de solidão.

Os indivíduos que sofrem de solidão crónica são apáticos, tendo por hábito atribuir a sua condição a causas internas. Os indivíduos que sofrem de solidão situacional atribuem os

seus sentimentos normalmente a causas instáveis, e acreditam que a solidão vai desaparecer (Gerson, & Perlman, 1979).

Deste modo, neste capítulo serão tratadas duas formas de solidão - a social e a emocional -, procurando contextualizar os fatores que estão na gênese da solidão, assim como a forma da prevenção e intervenção. Será feita uma breve abordagem à solidão social, e posteriormente outra abordagem à solidão emocional. É sempre difícil abordá-las de forma independente, pois apresentam uma forte ligação, e nalguns estudos forte correlação.

Weiss (1973, citado por Neto, 2000) distingue solidão social de solidão emocional. A solidão social é uma determinada situação em que o indivíduo se sente insatisfeito e só por causa da falta de uma rede de amigos ou pessoas conhecidas. A solidão emocional, segundo este autor, está relacionada com a insatisfação causada por uma relação pessoal, íntima.

De acordo com Weiss (1982), a solidão é o resultado da interação de situações de vida, tais como a viuvez, a hospitalização, o divórcio, a institucionalização num lar e da personalidade, como a timidez, baixa auto estima.

A cultura a que o indivíduo pertence, o local onde habita, a comunidade onde está inserido, a idade e as experiências de vida são fatores que influenciam a forma como o indivíduo lida com a solidão.

No seu modelo relacional de solidão, Weiss (1973), identificou seis funções relacionais: o vínculo, normalmente proporcionado pelo companheiro; a integração social, o proporcionado pelos amigos; o cuidado físico e emocional; a confirmação do valor do outro; a noção de uma aliança de confiança; e a orientação em situações stressantes. A solidão e a resposta a ausência de uma função relacional particular ou a ausência de uma constelação de funções relacionais.

Andersson (1998) afirma que, nos três diferentes níveis de prevenção, o isolamento e a solidão social são apresentados como importantes e fundamentais para se atingir o bem-estar. Vários autores têm descrito intervenções e atitudes para prevenir e intervir em situações de isolamento social e solidão social. Grande parte dessas intervenções tem como eixo principal as redes sociais.

3.3.Solidão e envelhecimento

A solidão é um grave problema nos idosos. Neto (1992) refere que uma pessoa que se sente sozinha experiencia angústia, insatisfação e exclusão.

Ao longo do processo de envelhecimento, as pessoas vão reduzindo a sua participação na comunidade, o que pode despoletar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar e também ao nível da saúde física e psíquica.

Com o passar dos anos, vão ocorrendo perdas ao nível dos órgãos sensoriais, o que promove uma dificuldade com o contacto exterior. A dificuldade de ouvir é uma limitação para o convívio entre as pessoas, dificultando o diálogo. Ao nível das dificuldades visuais levam a uma restrição nas saídas ao exterior. Este conjunto de perdas ao longo do processo de envelhecimento faz com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo (Paúl, 1993).

Com o envelhecimento, a locomoção sofre modificações, os passos ficam mais curtos, mais lentos e menos seguros, facilitando a ocorrência de quedas (Carvalho, Peixoto, & Capella, 2007). Os idosos doentes, com incapacidades físicas, têm vidas sociais mais pobres e menos satisfatórias, que normalmente levam a um maior isolamento social e a um despoletar de sentimentos de solidão (Sousa & Feio, 1998).

Isolamento não significa solidão, pois estar algum tempo sozinho não significa solidão. Os indivíduos podem ser felizes ao estarem sós, pode ser uma forma de manter a privacidade e a independência. Quando são infelizes, estando sozinhos, aí podemos falar de solidão. Holmes (1972 citado por Hess, 2004) faz uma distinção entre isolamento e solidão, onde a solidão implica um sentimento de falta e de ansiedade face a esse vazio, enquanto por outro lado o isolamento pode ser uma opção, uma maneira de estar livre de tensões. Uma pessoa pode ser isolada por ter poucos contactos com família/amigos. Por seu lado, sofrer de solidão é ter um sentimento não desejado devido a uma perda de companhia.

Grande parte dos idosos não sofre de solidão, mas há muitos que experienciam essa dor. A solidão é a percepção de falha nas relações sociais, é a resposta a um défice de quantidade e/ou qualidade dessas relações. A solidão resulta de uma discrepância entre aquilo que cada um deseja e a realidade vivenciada (Peplau, Bikson, Rook, & Goodchilds, 1982).

De acordo com Peplau, Bikson, Rook, e Goodchilds (1982), há quatro fatores relacionados com a solidão, onde um deles passa por ter alguém com quem partilhar uma *relação de intimidade*. Outro fator referenciado pelos autores é o *controlo pessoal*, pois uma pessoa descontrolada fica mais facilmente desamparada e desesperada. O terceiro fator é a *comparação social*, que se define por uma comparação feita com o passado, com as experiências sociais passadas e, por fim, a *saúde*, pois os idosos doentes ou com incapacidades físicas têm uma vida social mais pobre e menos satisfatória.

A solidão é uma das queixas mais frequentes entre a população idosa. Isto resulta da saída dos filhos para o mercado de trabalho, com a deslocação para uma cidade diferente, com a chegada da reforma e com a viuvez. Para resolver algumas das causas que se acredita empiricamente estarem na origem da solidão e do mal-estar dos idosos, por vezes é decidido o internamento num lar de idosos, mas nem sempre com sucesso, pois nem sempre uma instituição, com apoio formal supostamente suficiente, reduz o sentimento de solidão emocional do idoso. Segundo Melo e Neto (2003), o lar de idosos não é solução para quem quer ter um final de vida tranquilo, pois muitas vezes o idoso tem dificuldade em partilhar um espaço que deveria ser só seu e que sente ser invadido por estranhos, vendo-se obrigado a partilhar o quarto com outras pessoas. Afirma ainda que, para o idoso, sentir-se envelhecer, sentir-se menos útil e deixar a sua vida ativa, “já é um grande fardo”.

Ser idoso não significa estar condenado à solidão. Viver sozinho pode ser um símbolo de independência e autonomia e estar só pode ser a oportunidade de organizar e reconstituir o seu funcionamento, pode ser a oportunidade para a reflexão, pode até ser uma necessidade (Buchholz & Helbraun, 1995).

3.3.1. Causas e consequências da solidão e envelhecimento

A solidão atinge várias faixas etárias. No entanto, é na classe idosa que esta é mais visível e notória. Abandonados pelas famílias ou entregues a si próprios, os lares, centros de dia, famílias de acolhimento ou outras instituições são as principais respostas existentes para atenuar o isolamento em que muitos idosos se encontram.

A pessoa sente que não mantém relações afetivas satisfatórias com os outros, e considera que não tem ninguém para conviver. Trata-se de uma experiência subjetiva psicologicamente desagradável, caracterizada pela manutenção de relacionamentos interpessoais deficientes. O sexo feminino é o mais afetado devido ao facto das mulheres terem uma maior esperança média de vida embora estas consigam manter-se autónomas durante mais tempo, quando comparadas com os homens.

Por vezes sentir-se sozinho pode ser algo saudável, e optar por ficar sozinho durante um período de tempo pode ser enriquecedor se for algo temporário e por vontade própria. Para sentir solidão, o indivíduo passa por um estado de profunda separação. Isto pode manifestar-se em sentimentos de abandono, rejeição, depressão, insegurança, ansiedade, falta de esperança, inutilidade, insignificância e ressentimento. Se tais sentimentos são prolongados, eles podem tornar-se debilitantes e bloquear a capacidade do indivíduo de ter

um estilo de vida e relacionamentos saudáveis. Se o indivíduo está convencido de que não pode ser amado, isto vai aumentar a experiência de sofrimento e o consequente distanciamento do contato social. A baixa autoestima pode dar início à desconexão social que pode levar à solidão.

A solidão é das queixas mais frequentes que os idosos manifestam. As pessoas que sentem solidão estão mais expostas a sofrer de doenças físicas e psíquicas, e o seu sistema imunológico torna-se mais propício à contração de doenças crónicas. Sabe-se também que o risco de morte das pessoas que vivem sozinhas é o dobro das que permanecem acompanhadas. Há diversos fatores que podem condicionar o sentimento de solidão, dos quais podemos destacar a altura da reforma, a viuvez, o sentimento de vazio sentido quando os filhos abandonam o lar para fazer a própria vida, a pobreza e a exclusão social.

A reforma trata-se de um acontecimento que faz parte da vida de todas as pessoas e pode ser vivida positiva ou negativamente. Neste último caso, a pessoa sente que deixa de contribuir positivamente para a sociedade, vivendo alienado dos outros, podendo existir uma espécie de corte com as relações sociais.

A viuvez deixa marcas indeléveis em qualquer pessoa que a vivencie e a perda do companheiro de uma vida traduz uma forte rutura a nível pessoal e familiar. A pessoa passa a sentir-se mais só, vivendo numa esfera emocional negativa. É comum desenvolverem-se síndromes depressivas até ao elaborar do processo de luto.

A pobreza é fruto de uma sociedade industrializada adaptada aos mais jovens com poder de inovação. A solidão apresenta níveis mais elevados nas classes mais baixas, devido ao facto de haver interesses pouco específicos e uma baixa capacidade de ocupação em atividades de satisfação social. Estes sujeitos tendem também a viver em condições de maior precariedade, com poucas condições de habitabilidade e pensões de reforma bastante baixas que não lhes permitem responder às despesas que se fazem sentir.

O apoio informal e o envelhecimento ativo ajudam a uma melhor aceitação das perdas e o combate a um envelhecimento inócuo e solitário. São fatores que permitem atenuar o sentimento de isolamento social, promovendo uma melhoria no bem-estar geral da população que reside na nossa sociedade. No entanto, também há que ter em conta o número reduzido de vagas que é desproporcional ao número elevado de idosos que fazem parte de infindáveis listas de espera, aguardando pela sua entrada em lares de idosos ou centros de dia, onde poderão estar ocupados e na presença de profissionais que contribuem para diminuir ou atenuar o estado de solidão muitas vezes sentida por estes.

É importante também ter em consideração que, em determinados casos, é por vontade própria, ou por se resignarem a esta condição de vida, que alguns idosos rejeitam o apoio social e psicológico, não permitindo a ajuda de centros de dia, a integração em lares ou outras entidades e instituições que poderiam assegurar a higiene, alimentação e outros aspetos básicos, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida.

Em termos de envelhecimento da população podemos referir como causas principais a redução da natalidade, o aumento de contraceptivos, a liberalização do aborto, as condições sociais e psíquicas, a emancipação da mulher, redução de doenças, melhor capacidade de tratamento e diminuição da mortalidade são as principais causas de termos uma população mais envelhecida.

Os modelos de família foram sofrendo alterações ao longo dos anos. Com a industrialização, assistiu-se ao desaparecimento dos modelos de família baseados na economia da terra e o trabalho especializado levou a uma estratificação e segregação etárias onde a pessoa idosa foi perdendo o seu papel de transmissor transgeracional do saber, face a uma economia de mercado onde só o lucro interessa (Grande, 1994).

A família tradicional, onde avós, pais, filhos e netos se aglomeravam na mesma habitação alterou-se. A família, entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação, nuclearizou-se tornando incompatível a coabitação com os mais velhos, e por isso surgem as instituições vocacionadas para acolhimento de idosos (Santos, 1995).

3.4. Idosos Institucionalizados

A qualidade de vida nos idosos institucionalizados é menor do que nos idosos que vivem em comunidade, pois a institucionalização promove rápidas e bruscas mudanças no equilíbrio do idoso. A institucionalização por vezes serve como fio condutor para a prevalência de sintomas psiquiátricos e de demência mais elevados e também à perda de autonomia. (Scocco, Rapattoni & Fantoni, 2006).

Quando os idosos são institucionalizados há uma certa predisposição para se sentirem mais sós e insatisfeitos, o que os leva a passar dias monótonos pois estão afastados das suas redes sociais. A institucionalização tem no idoso um impacto que é influenciado pelas características do próprio indivíduo, pelo grau de discrepância entre as competências

individuais e o ambiente e também pela decisão de ir para o lar se foi uma decisão do próprio ou de terceiros (Fonseca,2005).

Os autores Russel, Cutrona, Mora e Wallace (1997), efetuaram um estudo com vista em verificar a relação entre a solidão e a admissão de idosos num lar, e concluíram que existe uma analogia entre a ida para o lar e os sentimentos de solidão. A solidão também pode ter a sua proveniência nos problemas de saúde física, se os idosos se encontram sozinhos, ao adoecerem não têm quem lhes preste cuidados. Por outro lado, idosos que já padeçam de doença que os torne dependentes, vêm diminuídas a sua rede de contato social. Os problemas de saúde e a solidão podem levar à falta de prestadores de cuidados, o que pode impulsionar a ida dos idosos para um lar.

Muitas vezes a solidão também pode ser um fio condutor para um idoso procurar um lar com o intuito de encontrar contato social.

Parte II – Estudos Empíricos

CAPITULO IV - METODOLOGIA

O método é um princípio de organização que dá sentido a um conjunto de operações a efetuar para realizar uma investigação, sendo um conjunto de pressupostos que orientam a escolha e forma de concretizar, orientam a ação da investigação.

A metodologia abrange a investigação qualitativa que é uma investigação que trabalha dados não estruturados, é uma abordagem indutiva e tem como objetivos principais conhecer e descrever factos, fenómenos ou comportamentos e a investigação quantitativa que trabalha dados estruturados, é uma abordagem hipotético-dedutiva que tem como objetivo aprofundar os conhecimentos sobre os factos, fenómenos ou comportamentos (Martins & Theóphilo, 2007).

O estudo foi efetuado em contexto institucional, o que leva a que hajam características únicas que influenciam, de forma específica, cada utente. Ao serem institucionalizados, os idosos abdicam do controlo da maior parte das atividades diárias, sujeitam-se à falta de privacidade, perda de responsabilidades e decisões pessoais, rotinas rígidas e ausência de estimulação intelectual. Por outro lado, a entrada para uma instituição pode ser encarada como uma etapa da vida na qual, finalmente, se é incondicionalmente apoiado e cuidado, onde se pode envelhecer tranquilamente e sem preocupações.

4.1. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo determinar, de forma empírica o nível de solidão, rede de suporte social e satisfação com o apoio social, em idosos institucionalizados.

Adebo (1974 citado por Fortin 1999, p. 48) define a problemática de investigação como uma situação que necessita de solução, de um melhoramento ou modificação.

Deste modo pretende-se expor como problemática as seguintes questões:

- Qual o nível de solidão sentida pelos idosos institucionalizados?
- Qual o apoio social e a satisfação com o mesmo em idosos institucionalizados?

Dado o exposto anteriormente, os principais objetivos deste trabalho são:

- Caracterizar a Rede de Apoio Social dos utentes institucionalizados;

- Compreender a satisfação com o suporte social nos utentes institucionalizados;
- Avaliar solidão sentida nos utentes institucionalizados;
- Relacionar a intensidade da Rede de Apoio Social com a Solidão sentida em idosos institucionalizados.

4.2. Instrumentos

De modo a dar resposta aos objetivos anteriormente exposto, foram utilizados como instrumentos de recolha de dados, um questionário sociodemográfico, o questionário de avaliação da Rede de Apoio Social de Lubben, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Solidão UCLA (University of California at Los Angeles) e o Índice de Lawton e Brody.

4.2.1. Questionário sociodemográfico

A recolha dos dados sociodemográficos foi efetuada através de um questionário onde constavam questões acerca do sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e a reforma que auferem e a sua área geográfica de residência antes de serem institucionalizados.

4.2.2. Escala de Rede de Apoio Social de Lubben

A Escala de Lubben (1988), foi concebida para medir a rede social na população idosa. A escala incorpora dez itens relativos: às relações familiares -relativas ao tamanho da rede familiar ativa, tamanho da rede familiar íntima e à frequência dos contactos com a família -, aos relacionamentos com os amigos e a outras relações independentes como ter um confidente e reciprocidade em oferecer ajuda.

4.2.3. Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) é uma escala composta por quinze questões que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a questão se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”,

“não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite avaliar quatro fatores: Satisfação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Atividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um *score* global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma perceção de maior satisfação com o suporte social.

4.2.4. Escala de Solidão UCLA

A Escala de Solidão da UCLA (University of California at Los Angeles) é uma adaptação portuguesa da original Revised UCLA Loneliness Scale, de Russel, Peplau e Cutrona (1980, cit. por Neto, 1989).

A Escala revista da original UCLA Loneliness Scale foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). A versão portuguesa é um questionário composto por 18 itens que avaliam a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se numa escala tipo Likert com quatro pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4).

4.2.5 Índice de Lawton e Brody

O Índice de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969) é um instrumento de avaliação das AIVD (Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária). O questionário é constituído por um conjunto de itens que operacionalizam atividades básicas e instrumentais, entre os quais se incluem cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho, recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais. Este instrumento permite avaliar o grau de dependência nas ABVD e AIVD.

4.3. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Segundo Fortin (1999) o inquérito é uma atividade de investigação no decurso do qual são recolhidos dados junto da população alvo. Este instrumento consiste em colocar uma série de questões do interesse do investigador.

A recolha de dados permite obter as informações necessárias ao estudo que vai ser realizado. Para proceder à recolha de dados solicitou-se aos responsáveis de quatro instituições no concelho do Porto, onde os dados foram recolhidos, autorização prévia para a

realização dos questionários aos utentes. Posteriormente foi esclarecido a cada utente em que consistia o questionário, garantindo o anonimato e confidencialidade das suas respostas. Após a sua anuência é que estes foram aplicados individualmente e pelo investigador em contexto institucional.

De acordo com Hill & Hill (2002), os questionários são instrumentos com muitas vantagens, pois podem ser aplicados a um grande número de pessoas num curto espaço de tempo, sendo uma forma eficiente de recolher informação, facilitar o tratamento de dados, principalmente quando são efetuados questionários de escolha múltipla ou de resposta fechada, economizar recursos financeiros e humanos e são de fácil aplicação. Porém, os questionários também têm algumas desvantagens, pois dependem da motivação das pessoas, da honestidade, da sua memória e capacidade de resposta.

No tratamento estatístico dos dados o recurso utilizado foi o SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) pois permite efetuar uma análise estatística das respostas obtidas através dos questionários.

Pereira (2004) defende que esta ferramenta informática é muito boa para este tipo de estudos pois permite a realização de cálculos estatísticos complexos e permite também a visualização dos resultados de uma forma muito rápida e eficiente.

4.4. Amostra

A amostra é um subconjunto de uma população, que é considerada representativa da população, portanto utilizamos uma amostra na impossibilidade de aceder à população total. (Almeida & Freire, 1997).

A amostra para a realização deste trabalho foi composta por 50 utentes institucionalizados em regime de lar em quatro instituições do distrito do Porto.

Na amostra geral (Tabela 1), a média de idades é de 78,06 e a moda 73. O desvio padrão encontra-se nos 6,74. A idade mínima é de 59 anos e a máxima de 90.

No sexo feminino temos uma média de idades de 78,96 e uma moda de 85. O desvio padrão é de 6,79, o mínimo de idades é 59 e o máximo 88. No sexo masculino a média de idades é 76,91 e a moda 73. O desvio padrão é de 6,66, enquanto a idade mínima é de 65 e a máxima de 90.

Tabela 1. Idades totais e por sexo

Idades	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	78,06	78,96	76,91
Moda	73^a	85	73^a
Desvio Padrão	6,74	6,79	6,66
Mínimo	59	59	65
Máximo	90	88	90
N	50	28	22

Relativamente ao género, verifica-se que 44% (N=22) dos inquiridos é do sexo masculino, enquanto 56% (N=28) são do sexo feminino. Estes resultados revelam as características do perfil sociodemográfico da população idosa, ou seja, a maioria dos idosos são do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequências e percentagem em função do sexo (N=50)

Sexo	N	%
Masculino	22	44
Feminino	28	56
Total	50	100

Na tabela seguinte (Tabela 3) constata-se que a amostra é constituída por 10% (N=5) de indivíduos com idades compreendidas entre os 59 e os 69 anos; 52% (N= 26) de indivíduos têm entre 70 e 80 anos e 38% (N=19) encontram-se entre os 81 e os 90 anos. Assim, o estrato etário que prevalece na amostra é o de 70 a 80 anos.

Tabela 3. Distribuição de frequências e percentagem em função da classe etária (N=50)

Idades	N	%
59 a 69 anos	5	10
70 a 80 anos	26	52
81 a 90 anos	19	38
Total	50	100

Como se verifica na Tabela 4, os indivíduos que constituem a amostra são na maioria casados, representando 19 indivíduos num universo de 50 e com uma percentagem de 38%. Seguem-se os viúvos, com 36% (N=18) e os solteiros com 18% (N=9). O estado civil separado/divorciado representa apenas 8% (N=4) da amostra.

Tabela 4. Distribuição de frequências e percentagem em função do estado civil (N=50)

Estado Civil	N	%
Solteiro	9	18
Casado	19	38
Viúvo	18	36
Separado/Divorciado	4	8
Total	50	100

No que diz respeito à escolaridade, 46% (N=23) frequentaram até ao 1º ciclo, 30% (N=15) são analfabetos, e 24% (N=12) possui outro nível de escolaridade (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição de frequências e percentagem em função da escolaridade (N=50)

Escolaridade	N	%
Não frequentou ensino	15	30
1º Ciclo	23	46
Outros Níveis Ensino	12	24
Total	50	100

A Tabela 6, mostra que todos os indivíduos são reformados, e 42% (N=21) auferem uma reforma entre os 201€ e os 500€, dos 50 inquiridos 18 têm uma reforma até 200€ numa percentagem de 36%. 20% (N=10) recebem entre 501€ e os 1000€ e apenas 2% (N=1) recebem de 1001€ a 1500€.

Tabela 6. Distribuição de frequências e percentagem em função da reforma (N=50)

Reforma/Pensão	N	%
Até 200€	18	36
De 201€ a 500€	21	42
De 501€ a 1000€	10	20
De 1001€ a 1500€	1	2
Total	50	100

CAPITULO V – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

“ Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados, estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto” (Fortin, 1999, p. 230).

Na fase empírica coloca-se em execução o plano de investigação definido na fase precedente, incluindo a recolha de dados no terreno, seguida do respetivo tratamento e interpretação. Para esse fim, são usadas “ técnicas estatísticas descritivas (...), em seguida passa-se a interpretação, depois à comunicação dos resultados (...), a partir dos resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações” (Fortin, 1999, p. 41).

“A apresentação de resultados deve limitar-se à apresentação sob a forma de texto narrativo dos dados obtidos, com as diferentes análises estatísticas” (Fortin, 1999, p. 230)

5.1. Resultados relativos à rede social

5.1.1. Rede familiar

No que diz respeito à relação dos inquiridos com familiares, a Tabela 7 revela que 32% (N=16) vê ou fala, com três ou quatro familiares pelo menos uma vez por mês, sendo que 11 (22%) referem estar apenas com dois, 9 (18%) com cinco a oito, 8 (16%) com um, 4 (8%) com nove ou mais e 2 (4%) refere não estar nem ver nenhum familiar durante um mês.

Tabela 7. Resultados relativos à rede familiar (N=50)

Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez no mês?	N	%
Zero	2	4
1	8	16
2	11	22
3 ou 4	16	32
5 a 8	9	18
9 ou mais	4	8
Total	50	100

Dos 50 inquiridos (Tabela 8) 19 (38%) referem falar ou encontrar-se com o familiar que mais contata algumas vezes por mês, 21% (N=12) apenas de meses a meses. 18% (N=9) mensalmente, 8% (N=4) algumas vezes por semana e o mesmo número de inquiridos diariamente. 4% (N=2) contata com o familiar semanalmente.

Tabela 8. Resultados relativos à rede familiar (N=50)

Sobre o familiar com quem contata mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa?	N	%
De meses a meses	12	21
Mensalmente	9	18
Algumas vezes por mês	19	38
Semanalmente	2	4
Algumas vezes por semana	4	8
Diariamente	4	8
Total	50	100

Como se pode observar nos resultados (Tabela 9), 36% (N=18) afirmam ter apenas dois familiares com que se sentem mais à vontade para falar acerca dos seus assuntos pessoais, 24% (N=12) tem três ou quatro pessoas e 14% (N=7) tem apenas uma pessoa. 12% (N=6) dos indivíduos da amostra conseguem ter cinco a oito pessoas e 8% (N=4) não têm ninguém com quem se sinta à vontade para falar acerca de si. 6% (N=3) afirmam ter nove ou mais familiares em quem confiam para falar dos seus assuntos ou pedir ajuda.

Tabela 9. Resultados relativos à rede familiar (N=50)

Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda?	N	%
Zero	4	8
1	7	14
2	18	36
3 ou 4	12	24
5 a 8	6	12
9 ou mais	3	6
Total	50	100

Relativamente à rede familiar da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (Tabela 10), no que respeita à amostra total a média é de 2,40 e a moda de 2,67. O desvio padrão é de 1,48, o mínimo de zero e o máximo de 8,67. Fazendo uma divisão entre o sexo,

em relação ao sexo feminino (N=28) a média é 2,38, a moda 2,67 e o desvio padrão 0,99. O mínimo é 0,67 e o máximo 4,67. De acordo com a tabela, no que respeita ao sexo masculino (N=22), a média é 2,44, a moda 2,33 e o desvio padrão 1,97. O mínimo é zero e o máximo 8,67.

Tabela 10.Resultados relativos à rede familiar

Escala Rede Apoio Social Lubben	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	2,40	2,38	2,44
Moda	2,67	2,67	2,33
Desvio Padrão	1,48	0,99	1,97
Mínimo	0,00	0,67	0,00
Máximo	8,67	4,67	8,67
N	50	28	22

5.1.2. Rede de amigos

Através da Tabela 11 verificamos que 16 idosos (32%) dizem ter amigos íntimos com quem se sintam à vontade para falar de assuntos pessoais. Há 8 idosos (16%) sem amigos e o mesmo número com um amigo e com cinco a oito, 6 (12%) com apenas dois e somente 4 (8%) com nove ou mais amigos.

Tabela 11.Resultados relativos à rede de amigos (N=50)

Tem amigos íntimos, isto é, com quem se sente à vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais?	N	%
Zero	8	16
1	8	16
2	6	12
3 ou 4	16	32
5 a 8	8	16
9 ou mais	4	8
Total	50	100

Ressalta, da análise da Tabela 12, que 14 (28%) idosos inquiridos referem encontrar ou conversar pelo menos uma vez por mês com três ou quatro, enquanto 13 (26%) dizem ter dois amigos. 12 (24%) dizem não se encontrar nem conversar com amigos. Segue-se 6 (12%) inquiridos que assinalam ter uma pessoa, 3 (6%) dizem ter cinco a oito e apenas 2 (4%) com nove ou mais.

Tabela 12. Resultados relativos à rede de amigos (N=50)

Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mês?	N	%
Zero	12	24
1	6	12
2	13	26
3 ou 4	14	28
5 a 8	3	6
9 ou mais	2	4
Total	50	100

Da Tabela 13 retira-se que 21 (42%) dos idosos inquiridos dizem encontrar-se menos que uma vez por ano com o amigo com quem tem mais contato, seguindo-se 11 (22%) que o fazem algumas vezes por mês. De uma forma mensal 9 (18%) dos idosos e com o mesmo número 3 (6%) referem fazê-lo semanalmente, algumas vezes por semana e diariamente.

Tabela 13. Resultados relativos à rede de amigos (N=50)

Quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contata mais?	N	%
Menos do que uma vez por ano	21	42
Mensalmente	9	18
Algumas vezes por mês	11	22
Semanalmente	3	6
Algumas vezes por semana	3	6
Diariamente	3	6
Total	50	100

Relativamente à rede de amigos da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, verificamos na Tabela 14, no que respeita à amostra total a média é de 1,88 e a moda zero. O desvio padrão é de 1,29, o mínimo de zero e o máximo de 5. Fazendo uma divisão entre o sexo, em relação ao sexo feminino (N=28) a média é 1,86, a moda zero e o desvio padrão 1,38. O mínimo é zero e o máximo 5. No sexo masculino (N=22), a média é 1,92 e a moda de 2,33. O desvio padrão é 1,21, o mínimo zero e o máximo 4.

Tabela 14. Resultados relativos à rede de amigos

Escala Rede Apoio Social Lubben	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	1,88	1,86	1,92
Moda	0,00^a	0,00^a	2,33^a
Desvio Padrão	1,29	1,38	1,21
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	5	5	4
N	50	28	22

^a

5.1.3. Relações de confiança

Relativamente às relações de confiança (Tabela 15), 30% (N=15) dos idosos refere ter sempre alguém para conversar quando tem uma decisão importante a tomar. É visível na Tabela 8 que 20% (N=10) apenas às vezes têm esse apoio, e com o mesmo número 18% (N=18) referem que o fazem com muita frequência e nunca. Frequentemente há 12% (N=6) e apenas 2% (N=1) raramente.

Tabela 15. Resultados relativos às relações de confiança (N=50)

Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?	N	%
Sempre	15	30
Com muita frequência	9	18
Frequentemente	6	12
Às vezes	10	20
Raramente	1	2
Nunca	9	18
Total	50	100

No que concerne à ajuda aos outros 58% (N=29) referem que nunca ajuda os outros em pequenas coisas, 16% (N=8) fazem-no raramente, 10% (N=5) às vezes, 8% (N=4) com muita frequência e em igual número 4% (N=2) ajudam os outros sempre e frequentemente (Tabela 16).

Tabela 16. Resultados relativos às relações de confiança (N=50)

Ajuda alguém em coisas como ir às compras, preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.?	N	%
Sempre	2	4
Com muita frequência	4	8
Frequentemente	2	4
Às vezes	5	10
Raramente	8	16
Nunca	29	58
Total	50	100

Relativamente às relações de confiança da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (Tabela 17), no que respeita à amostra total a média é de 2,83 e a moda de 5. O desvio padrão é de 1,51, o mínimo de zero e o máximo de 5. Fazendo uma divisão entre o sexo, em relação ao sexo feminino (N=28) a média é 2,86, a moda 5 e o desvio padrão 1,57. O mínimo é zero e o máximo 5. A amostragem do sexo masculino (N=22) a média é 2,79, a moda 4 e o desvio padrão é 1,46. O mínimo é zero e o máximo 5.

Tabela 17. Resultados relativos às relações de confiança

Escala Rede Apoio Social Lubben	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	2,83	2,86	2,79
Moda	5	5	4
Desvio Padrão	1,51	1,57	1,46
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	5	5	5
N	50	28	22

5.2. Resultados relativos à satisfação com suporte social

Como se pode observar nos resultados da Tabela 18, 34% (N=17) referem concordar na maior parte que os amigos não os procuram tanto como desejavam. 18% (N=9) referem que discordam na maior parte e o mesmo número refere que concorda totalmente. 14% (N=7) não concordam nem discordam da afirmação.

Tabela 18. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)

Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	N	%
Discordo totalmente	8	16
Discordo na maior parte	9	18
Não concordo nem discordo	7	14
Concordo na maior parte	17	34
Concordo totalmente	9	18
Total	50	100

Em situações em que seja necessário apoio de outras pessoas 62% (N=31) concorda totalmente que tem a quem recorrer enquanto 28% (N=14) concorda na maior parte. 3 idosos (6%) discordam na maior parte, 1 (2%) discorda na maior parte e o mesmo número não concorda nem discorda (Tabela 19).

Tabela 19. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)

Mesmo em situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	N	%
Discordo totalmente	1	2
Discordo na maior parte	3	6
Não concordo nem discordo	1	2
Concordo na maior parte	14	28
Concordo totalmente	31	62
Total	50	100

Em relação à satisfação da quantidade de tempo passado com a família (Tabela 20) 42% (N=21) afirma concordar totalmente e 26% (N=13) concordar na maior parte. Há 10 (20%) idosos que discordam na maior parte, e 5 (10%) que discordam totalmente. Apenas 2% (N=1) que não concorda nem discorda.

Tabela 20. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	N	%
Discordo totalmente	5	10
Discordo na maior parte	10	20
Não concordo nem discordo	1	2
Concordo na maior parte	13	26
Concordo totalmente	21	42
Total	50	100

No que diz respeito à satisfação com a quantidade de amigos que têm (Tabela 21) 46% (N=23) concorda totalmente e 26% (N=13) concorda na maior parte. Há 8 (16%) que referem não concordar nem discordar. 10% (N=5) discordam na maior parte e 2% (N=1) discorda totalmente.

Tabela 21. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)

Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	N	%
Discordo totalmente	1	2
Discordo na maior parte	5	10
Não concordo nem discordo	8	16
Concordo na maior parte	13	26
Concordo totalmente	23	46
Total	50	100

De acordo com a Tabela 22, 58% (N=29) idosos discordam totalmente sentir falta de atividades sociais satisfatórias, 22% (N=11) não concordam nem discordam. Há 16% (N=8) discordam na maior parte e 4% (N=2) concordam totalmente.

Tabela 22. Resultados relativos à satisfação com o suporte social (N=50)

Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	N	%
Discordo totalmente	29	58
Discordo na maior parte	8	16
Não concordo nem discordo	11	22
Concordo na maior parte	0	0
Concordo totalmente	2	4
Total	50	100

Dos 50 inquiridos (Tabela 23), 28% (N=14) discorda na maior parte, sentir falta de alguém que o compreenda e com quem possa falar sobre assuntos íntimos e 24% (N=12) refere discordar totalmente. 16% (N=8) não concorda nem discorda e o mesmo número de idosos refere concordar na maior parte e concordam totalmente.

Tabela 23. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	N	%
Discordo totalmente	12	24
Discordo na maior parte	14	28
Não concordo nem discordo	8	16
Concordo na maior parte	8	16
Concordo totalmente	8	16
Total	50	100

Como se verifica na Tabela 24, 44% (N=22) idosos concordam na maior parte não sair tantas vezes como gostaria com os amigos enquanto 20% (N=10) discordam totalmente. 14% (n=7) não concorda nem discorda com a afirmação, 12% (N=6) concorda totalmente e 10% (N=5) discorda na maior parte.

Tabela 24. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Não saio com amigos tantas vezes como gostaria	N	%
Discordo totalmente	10	20
Discordo na maior parte	5	10
Não concordo nem discordo	7	14
Concordo na maior parte	22	44
Concordo totalmente	6	12
Total	50	100

Em relação à satisfação com a quantidade de tempo que passam com os amigos (Tabela 25), 15 idosos (30%) refere discordar na maior parte. 24% (N=12) refere concordar na maior parte e o mesmo número refere concordar totalmente. 14% (N=7) idosos não concordam nem discordam e 8% (N=4) discorda totalmente estar satisfeito com a quantidade de tempo que passa com os amigos.

Tabela 25. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	N	%
Discordo totalmente	4	8
Discordo na maior parte	15	30
Não concordo nem discordo	7	14
Concordo na maior parte	12	24
Concordo totalmente	12	24
Total	50	100

A Tabela 26 mostra-nos que 28 idosos (26%) refere concordar totalmente estar satisfeito com a forma como se relacionam com a família e 8 (16%) concorda na maior parte. 16% (N=8) discorda na maior parte e 10% (N=5) discorda totalmente. Apenas 2% (N=1) não concorda nem discorda.

Tabela 26. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	N	%
Discordo totalmente	5	10
Discordo na maior parte	8	16
Não concordo nem discordo	1	2
Concordo na maior parte	8	16
Concordo totalmente	28	56
Total	50	100

No que respeita ao estar satisfeito com as atividades que realizam com os amigos (Tabela 27) 32% (N=16) refere discordar na maior parte e 30% (N=15) refere concordar totalmente. Há 16% (N=8) não concordam nem discordam. 14% (N=7) discorda totalmente e 8% (N=4) concorda na maior parte.

Tabela 27. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	N	%
Discordo totalmente	7	14
Discordo na maior parte	16	32
Não concordo nem discordo	8	16
Concordo na maior parte	4	8
Concordo totalmente	15	30
Total	50	100

De acordo com a Tabela 28, 76% (N=38) dos idosos refere discordar totalmente de gostar de participar em mais atividades de organizações. Há 12% (N=6) que concorda totalmente e 10% (N=5) discorda na maior parte. Apenas 2% (N=1) não concorda nem discorda.

Tabela 28. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Gostava de participar em mais atividades de organizações	N	%
Discordo totalmente	38	76
Discordo na maior parte	5	10
Não concordo nem discordo	1	2
Concordo na maior parte	0	0
Concordo totalmente	6	12
Total	50	100

Na Tabela 29, 48% (N=24) concordam totalmente estar satisfeitos com o tipo de amigos que têm e 34% (N=34) concordam na maior parte. 8 idosos (16%) não concordam nem discordam e apenas 1 (2%) refere discordar na maior parte.

Tabela 29. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	N	%
Discordo totalmente	0	0
Discordo na maior parte	1	2
Não concordo nem discordo	8	16
Concordo na maior parte	17	34
Concordo totalmente	24	48
Total	50	100

No que respeita à satisfação do que fazem em conjunto com a sua família (Tabela 30), 46% (N=23) referem concordar totalmente e 24% (N=12) concordam na maior parte. 14% (N=7) referem discordar na maior parte enquanto 12% (N=6) discordam totalmente. 4% (N=2) não concordam nem discordam.

Tabela 30. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	N	%
Discordo totalmente	6	12
Discordo na maior parte	7	14
Não concordo nem discordo	2	4
Concordo na maior parte	12	24
Concordo totalmente	23	46
Total	50	100

Relativamente ao facto de se sentirem sós no mundo e sem apoio (Tabela 31), 68% (N=34) dos idosos referem discordar totalmente. 12% (N= 6) concordam na maior parte e 10% (N=5) concordam totalmente. 4% (N=2) nem concordam nem discordam.

Tabela 31. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Por vezes sinto-me só no mundo sem apoio	N	%
Discordo totalmente	34	68
Discordo na maior parte	3	6
Não concordo nem discordo	2	4
Concordo na maior parte	6	12
Concordo totalmente	5	10
Total	50	100

Quando precisam de desabafar com alguém encontram facilmente amigos para o fazer, 48% (N=24) concordam totalmente e 28% (N=14) concordam na maior parte. 12% (N=6) dos inquiridos referem não concordar nem discordar. 8% (N=4) dizem discordar na maior parte e 4% (N=2) discordam totalmente (Tabela 32).

Tabela 32. Resultados relativos à satisfação com suporte social (N=50)

Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	N	%
Discordo totalmente	2	4
Discordo na maior parte	4	8
Não concordo nem discordo	6	12
Concordo na maior parte	14	28
Concordo totalmente	24	48
Total	50	100

A versão portuguesa da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) encontrou uma estrutura fatorial composta por quatro fatores, permitindo avaliar o grau de satisfação com redes sociais específicas: satisfação com os amigos (SA), intimidade (IN), satisfação com a família (SF) e atividades sociais (AS). Considerando esta estrutura, serão de seguida apresentados os resultados e estatísticas descritivas globais de cada um dos fatores (Tabela 33).

Em relação à satisfação com as amizades, para a amostra total, a média é de 3,77 e a moda 4,20. O desvio padrão é 1,53, o mínimo é 2,40 e o máximo 13,40. No que respeita à intimidade a média é 3,28, a moda 3,25 e o desvio padrão 0,55. O mínimo é de 2 e o máximo 5. Para a satisfação com a família, temos uma média de 3,80 e uma moda de 5. O desvio padrão é 1,41, o mínimo 1 e o máximo 5. As atividades sociais têm uma média de 2,19, uma moda de 2 e um desvio padrão de 0,70. O mínimo é 1 e o máximo 4,33.

Tabela 33. Resultados relativos à satisfação com suporte social

ESSS	SA	IN	SF	AS
Média	3,77	3,28	3,80	2,19
Moda	4,20	3,25	5	2
Desvio Padrão	1,53	0,55	1,41	0,70
Mínimo	2,40	2	1	1
Máximo	13,40	5	5	4,33
N	50	50	50	50

SA - Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Atividades Sociais

Para o sexo feminino (Tabela 34), em relação à satisfação com as amizades, a média é de 3,94 e a moda 4,20. O desvio padrão é 1,97, o mínimo é 2,40 e o máximo 13,40. No que respeita à intimidade a média é 3,43, a moda 3,25 e o desvio padrão 0,67. O mínimo é de 2 e o máximo 5. Para a satisfação com a família, temos uma média de 3,90 e uma moda de 5. O desvio padrão é 1,46, o mínimo 1 e o máximo 5. As atividades sociais têm uma média de 2,17, uma moda de 2 e um desvio padrão de 0,69. O mínimo é 1 e o máximo 3,67.

Tabela 34. Resultados relativos à satisfação com suporte social sexo feminino

ESSS Amostra Feminina	SA	IN	SF	AS
Média	3,94	3,43	3,90	2,17
Moda	4,20	3,25	5	2
Desvio Padrão	1,97	0,67	1,46	0,69
Mínimo	2,40	2	1	1
Máximo	13,40	5	5	3,67
N	28	28	28	28

SA - Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Atividades Sociais

Em relação à satisfação com as amizades, dos participantes de sexo masculino (Tabela 35), a média é de 3,55 e a moda 3,40. O desvio padrão é 0,62, o mínimo é 2,40 e o máximo 4,60. No que respeita à intimidade a média é 3,09, a moda 3 e o desvio padrão 0,26. O mínimo é de 2,75 e o máximo 3,50. Para a satisfação com a família, temos uma média de 3,67 e uma moda de 5. O desvio padrão é 1,37, o mínimo 1 e o máximo 5. As atividades sociais

têm uma média de 2,19, uma moda de 2 e um desvio padrão de 0,72. O mínimo é 1 e o máximo 4,33.

Tabela 35. Resultados relativos à satisfação com suporte social sexo masculino

ESSS Amostra Masculina	SA	IN	SF	AS
Média	3,55	3,09	3,67	2,19
Moda	3,40	3	5	2
Desvio Padrão	0,62	0,26	1,37	0,72
Mínimo	2,40	2,75	1	1
Máximo	4,60	3,50	5	4,33
N	22	22	22	22

SA - Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Atividades Sociais

5.3. Resultados relativos à solidão

Quando questionados se se sentem em sintonia com as pessoas à sua volta (Tabela 36), 70% (N=35) dos idosos refere que o sentem muitas vezes, e 30% (N=15) refere que só às vezes.

Tabela 36. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta	N	%
Às vezes	15	30
Muitas vezes	35	70
Total	50	100

Relativamente a sentirem falta de camaradagem, 80% (N=40) refere nunca ter sentido, 14% (N=7) raramente e 6% (N=3) sentiu algumas vezes (Tabela 37).

Tabela 37. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sinto falta de camaradagem	N	%
Nunca	40	80
Raramente	7	14
Algumas vezes	3	6
Total	50	100

78% (N= 39) idosos nunca sentiram que não tinham ninguém a quem possam recorrer, 12% (N=6) raramente e 10% (N=5) algumas vezes (Tabela 38).

Tabela 38. Resultados relativos à solidão (N=50)

Não há ninguém a quem possa recorrer	N	%
Nunca	39	78
Raramente	6	12
Algumas vezes	5	10
Total	50	100

À questão se sentiam que faziam parte de um grupo, 60% (N=30) refere que muitas vezes, 34% (N=17) algumas vezes e 6% (N=3) raramente (Tabela 39).

Tabela 39. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sinto que faço parte de um grupo de amigos	N	%
Raramente	3	6
Algumas vezes	17	34
Muitas vezes	30	60
Total	50	100

Verifica-se na Tabela 40 que 52% (N=26) idosos manifestam que algumas vezes sentem que têm muito em comum com as pessoas que os rodeiam, 42% (N=21) algumas vezes. Há 6% (N=3) raramente sem esse sentimento.

Tabela 40. Resultados relativos à solidão (N=50)

Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam	N	%
Raramente	3	6
Algumas vezes	26	52
Muitas vezes	21	42
Total	50	100

A Tabela 41 mostra que 36% (N=18) idosos referem raramente já não sentir intimidade com ninguém, 30% (N=15) apenas algumas vezes. 18% (N=9) não tem intimidade com ninguém muitas vezes e 16% (N=8) dizem nunca o sentir.

Tabela 41. Resultados relativos à solidão (N=50)

Já não sinto mais intimidade com ninguém	N	%
Nunca	8	16
Raramente	18	36
Algumas vezes	15	30
Muitas vezes	9	18
Total	50	100

56% (N=28) considera que raramente os seus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que os rodeiam, e 26% (N=13) dizem que acontece algumas vezes. 16% (N=8) idosos dizem que isso nunca acontece (Tabela 42).

Tabela 42. Resultados relativos à solidão (N=50)

Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam	N	%
Nunca	8	16
Raramente	28	56
Algumas vezes	13	26
Muitas vezes	1	2
Total	50	100

Na Tabela 43, 28% (N=17) dos inquiridos considera que raramente se considera uma pessoa voltada para fora. 28% (N=14) considera-se uma pessoa voltada para fora algumas vezes e igual número considera que o é muitas vezes. 10% (N=5) refere nunca o ser.

Tabela 43. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sou uma pessoa voltada para fora	N	%
Nunca	5	10
Raramente	17	34
Algumas vezes	14	28
Muitas vezes	14	28
Total	50	100

30 idosos (60%) sente que há pessoas a quem se sente chegado muitas vezes, 16 (32%) apenas algumas vezes. 3 (6%) raramente sente proximidade com alguém e 1 (2%) nunca o sente (Tabela 44).

Tabela 44. Resultados relativos à solidão (N=50)

Há pessoas a quem me sinto chegado	N	%
Nunca	1	2
Raramente	3	6
Algumas vezes	16	32
Muitas vezes	30	60
Total	50	100

90% (N=45) manifesta que nunca se sentiu excluído, 6% (N=3) sentem-se excluídos às vezes e 4% (N=2) raramente sentiu (Tabela 45).

Tabela 45. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sinto-me excluído	N	%
Nunca	45	90
Raramente	2	4
Algumas vezes	3	6
Total	50	100

De acordo com a Tabela 46, 42% (N=21) considera que algumas vezes ninguém o conhece realmente bem. 26% (N=13) refere que isso nunca acontece e o mesmo número diz que raramente. 5% (N=3) acha muitas vezes ninguém o conhece bem.

Tabela 46. Resultados relativos à solidão (N=50)

Ninguém me conhece realmente bem	N	%
Nunca	13	26
Raramente	13	26
Algumas vezes	21	42
Muitas vezes	3	6
Total	50	100

Em relação ao facto de se sentirem isolados dos outros (Tabela 47), 70% (N=35) diz nunca o sentir, e 18% (N=9) raramente tem esse sentimento. 10% (N=5) consideram que isso acontece algumas vezes e 2% (N=1), muitas vezes.

Tabela 47. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sinto-me isolado dos outros	N	%
Nunca	35	70
Raramente	9	18
Algumas vezes	5	10
Muitas vezes	1	2
Total	50	100

64% (N=32) encontra camaradagem quando quer muitas vezes e 36% (N=16) encontra-a algumas vezes (Tabela 48).

Tabela 48. Resultados relativos à solidão (N=50)

Consigo encontrar camaradagem quando quero	N	%
Algumas vezes	18	36
Muitas vezes	32	64
Total	50	100

Dos 50 idosos, 52% (N=26) sente que há pessoas que os compreendem muitas vezes e 42% (N=21) algumas vezes. 4% (N=2) sente que raramente tem quem o compreenda e 2% (N=1) nunca tem quem o compreenda (Tabela 49).

Tabela 49. Resultados relativos à solidão (N=50)

Há pessoas que me compreendem realmente	N	%
Nunca	1	2
Raramente	2	4
Algumas vezes	21	42
Muitas vezes	26	52
Total	50	100

A Tabela 50 mostra que 88% (N=44) nunca se sentiu infeliz por ser tão retraído, enquanto 8% (N=4) refere que raramente e 4% (N=2) sente-se infeliz algumas vezes.

Tabela 50. Resultados relativos à solidão (N=50)

Sou infeliz por ser tão retraído	N	%
Nunca	44	88
Raramente	4	8
Algumas vezes	2	4
Total	50	100

Quando questionados se as pessoas estão à sua volta, mas não estão consigo (Tabela 51), 60% (N=30) referiu que nunca aconteceu e 24% (N=12) raramente. 14% (N=7) considera que isso acontece algumas vezes e 2% (N=1) considera que muitas vezes.

Tabela 51. Resultados relativos à solidão (N=50)

As pessoas estão a minha volta, mas não estão comigo	N	%
Nunca	30	60
Raramente	12	24
Algumas vezes	7	14
Muitas vezes	1	2
Total	50	100

74% (N=37) dos inquiridos tem alguém com quem consegue falar muitas vezes, e 26% (N=13) conseguem-no apenas algumas vezes (Tabela 52).

Tabela 52. Resultados relativos à solidão (N=50)

Há pessoas com quem consigo falar	N	%
Algumas vezes	13	26
Muitas vezes	37	74
Total	50	100

40 idosos (80%) refere que tem muitas vezes pessoas a quem podem recorrer, 8 (16%) diz que algumas vezes e 2 (4%) raramente (Tabela 53).

Tabela 53. Resultados relativos à solidão (N=50)

Há pessoas a quem posso recorrer	N	%
Raramente	2	4
Algumas vezes	8	16
Muitas vezes	40	80
Total	50	100

A pontuação da Escala de Solidão da UCLA, varia entre os 18 e os 72 pontos, sendo esta pontuação obtida a partir da soma de todos os itens que compõem a escala. Deste modo, relativamente à Escala de Solidão da UCLA (Tabela 54), obteve-se para a amostra total uma média de 46,26 e uma moda de 47. O máximo é de 52, o mínimo 40 e o desvio padrão é de 3,12. No que respeita ao sexo feminino (N=28) a média é de 46,68 e a moda 47. O desvio

padrão encontra-se nos 3,36, o mínimo 40 e o máximo 52. No sexo masculino (N=22) a média é de 45,73 e a moda 48. O desvio padrão é de 2,78, o mínimo de 41 e o máximo de 50.

Tabela 54. Resultados relativos à solidão

Escala Solidão UCLA	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	46,26	46,68	45,73
Moda	47	47	48
Desvio Padrão	3,12	3,36	2,78
Mínimo	40	40	41
Máximo	52	52	50
N	50	28	22

5.4. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária

Dos 50 idosos inquiridos, 56% (N=28) refere alimentar-se de forma normal, 24% (N=12) alimenta-se de forma independente, mas lenta e 20% (N=10) necessita de ajuda para cortar ou servir as refeições (Tabela 55).

Tabela 55. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Alimentação	N	%
Normal	28	56
Independente, mas lento	12	24
Necessita de ajuda para cortar ou servir	10	20
Total	50	100

De acordo com a Tabela 56, 56% (N=28) idosos conseguem vestir-se de forma normal, 24% (N=12) fá-lo de forma independente embora de uma forma mais lenta. 20% (N=10) necessitam de ajuda para se vestir.

Tabela 56. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Vestir-se	N	%
Normal	28	56
Independente, mas lento	12	24
Necessita de ajuda para vestir-se	10	20
Total	50	100

Em relação ao banho 52% (N=26) toma-o de forma normal e 24% (N=12) toma banho sozinho com assistência. 9 idosos (18%) toma banho com assistência total dos outros e 3 (6%) toma banho sozinho mas necessita de ser lembrado (Tabela 57).

Tabela 57. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Banho	N	%
Normal	26	52
Toma banho sozinho mas necessita ser lembrado	3	6
Toma banho sozinho com assistência	12	24
Toma banho sozinho com assistência total de outros	9	18
Total	50	100

72% (N=36) dos idosos vai à casa de banho sozinho enquanto 24% (N=12) precisa de ajuda para a atividade. 2% (N=1) vai à casa de banho quando lembrado e o mesmo número não tem controlo sobre o esfíncter anal e/ou vesical (Tabela 58).

Tabela 58. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Eliminações Fisiológicas	N	%
Vai à casa de banho sozinho	36	72
Vai à casa de banho quando lembrado; pequenos problemas	1	2
Precisa de ajuda para a atividade	12	24
Não tem controlo sobre o esfíncter anal e/ou vesical	1	2
Total	50	100

A Tabela 59 mostra que 50% (N=25) necessitam que a medicação lhes seja administrada por outros e 48% (N=24) toma-a sem ajuda. 2% (N=1) toma a medicação quando esta lhe é deixada em local especial.

Tabela 59. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Medicação	N	%
Toma sem ajuda	24	48
Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial	1	2
Necessita que os outros lhe deem medicação	25	50
Total	50	100

Em relação ao interesse na aparência pessoal (Tabela 60), 62% (N=31) refere ter o mesmo interesse de sempre. 28% (N=14) tem necessidade de ser vestido por terceiros. 8% (N=4) preocupa-se apenas quando solicitado e 2% (N=1) interessa-se apenas quando vai sair.

Tabela 60. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Interesse na aparência pessoal	N	%
O mesmo de sempre	31	62
Interessa-se quando vai sair, mas não em casa	1	2
Preocupa-se apenas quando solicitado	4	8
É necessário ser vestido por terceiros	14	28
Total	50	100

No que concerne à preparação da alimentação (Tabela 61), 80 % (N=40) dos inquiridos diz ser incapaz de preparar a comida. 18% (N=9) é capaz de planejar e preparar refeições sem dificuldades (como estão em regime de lar não o costumam fazer, mas se necessário são capazes de realizar a tarefa) e 2% (N=1) cozinha de forma menos habitual e com menos variedade.

Tabela 61. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Preparação da alimentação, cozinhar	N	%
Planeia e prepara a refeição sem dificuldades	9	18
Cozinha, mas menos que o habitual ou com menos variedade	1	2
Incapaz de preparar a comida	40	80
Total	50	100

98% (N=49) dos idosos não costuma arrumar a mesa e apenas 2% (N=1) realiza esta tarefa de forma normal (Tabela 62).

Tabela 62. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Arrumação da mesa	N	%
Normal	1	2
Não realiza esta atividade	49	98
Total	50	100

98% (N=49) dos inquiridos refere não cuidar da casa e apenas 2% (N=1) refere manter a casa como de costume (Tabela 63).

Tabela 63. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Trabalhos domésticos	N	%
Mantém a casa como de costume	1	2
Não cuida da casa	49	98
Total	50	100

49 idosos (98%) não lava as roupas desde que estão institucionalizados, 1 idoso (2%) refere fazê-lo de forma rotineira, lavando as roupas como de costume (Tabela 64).

Tabela 64. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Lavar roupas	N	%
Lava-as como de costume (rotina)	1	2
Não lava as roupas	49	98
Total	50	100

Em relação ao trabalho (Tabela 65), 96% (N=48) não faz qualquer tipo de trabalho. 4% (N=2) trabalha normalmente, pois executam tarefas de agricultura nos terrenos das instituições.

Tabela 65. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Trabalho	N	%
Trabalha normalmente	2	4
Não trabalha	48	96
Total	50	100

No que respeita à recreação (Tabela 66), 32% (N=16) pratica atividades com menos frequência, e 26% (N=13) perdeu certas habilidades necessárias para atividades recreativas. 24% (N=12) consegue fazer as suas atividades de forma habitual e 18% (N=9) não participa em atividades recreativas.

Tabela 66. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Recreação	N	%
A habitual	12	24
Atividade menos frequente	16	32
Perdeu certas habilidades necessárias para atividades recreativas	13	26
Não participa em atividades recreativas	9	18
Total	50	100

Na Tabela 67, dos 50 idosos, 32% (N=16) comparece com menos frequência a organizações/encontros. 28% (N=14) comparece a encontros e 26% (N=13) refere não comparecer a encontros. Comparecem a encontros de forma ocasional 14% (N=7) dos idosos.

Tabela 67. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Organizações	N	%
Comparece a encontros	14	28
Comparece menos frequentemente	16	32
Comparece ocasionalmente	7	14
Não comparece a encontros	13	26
Total	50	100

38% (N=19) viaja com ajuda de alguém, e 34% (N=17) fá-lo de forma habitual. 26% (N=13) apenas consegue viajar apenas com ajuda de cadeira de rodas e 2% (N=1) está limitado à instituição não saindo (Tabela 68).

Tabela 68. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Viagens	N	%
O habitual	17	34
Viaja com ajuda de alguém	19	38
Viaja com ajuda de cadeira de rodas	13	26
Limitado à casa ou ao hospital	1	2
Total	50	100

Dos inquiridos 58% (N=29) não faz compras enquanto 40% (N=20) faz as compras que necessita de forma normal. 2% (N=1) necessita de ser acompanhado enquanto faz as compra (Tabela 69).

Tabela 69. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Compras	N	%
Normal	20	40
Necessita de ser acompanhado enquanto faz as compras	1	2
Não faz compras	29	58
Total	50	100

A Tabela 70 mostra-nos que 56% (N=28) não gere o seu dinheiro, e 42% (N=21) consegue fazer a gestão do dinheiro de forma normal. 2% (N=1) perde ou coloca o dinheiro em local errado.

Tabela 70. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Gestão do dinheiro	N	%
Normal	21	42
Perde ou coloca o dinheiro em local errado	1	2
Não gere o dinheiro	28	56
Total	50	100

No que respeita à administração de finanças, verifica-se na Tabela 71 que, 86% (N=43) não faz a gestão das finanças, e 14% (N=7) efetua pagamento de contas e executa serviços bancários normais.

Tabela 71. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Administração das finanças	N	%
Pagamento de contas e serviços bancários normais	7	14
Não gere finanças	43	86
Total	50	100

58% (N=29) não usa transporte público para se deslocar. 24% (N=12) utiliza o transporte público de uma forma normal e 18% (N=9) usa-o com menos frequência (Tabela 72).

Tabela 72. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Transporte público	N	%
Utiliza transporte público normalmente	12	24
Utiliza transporte público menos frequentemente	9	18
Não usa transporte público	29	58
Total	50	100

No que diz respeito à condução de veículos, 96% (N=48) dos idosos não conduz. 2% (N01) conduz normalmente e o mesmo número fá-lo com cuidado (tabela 73).

Tabela 73. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Condução de veículos	N	%
Conduz normalmente	1	2
Conduz com cuidado	1	2
Não conduz	48	96
Total	50	100

46% (N=23) movimenta-se pela vizinhança só se for acompanhado, 32% (N=16) refere sair de forma normal e 22% (N=11) sai de casa com menos frequência (Tabela 74).

Tabela 74. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Mobilidade pela sua vizinhança	N	%
Normal	16	32
Sai de casa menos frequentemente	11	22
Só sai acompanhado	23	46
Total	50	100

Na locomoção fora de locais familiares (Tabela 75), 52% (N=26) consegue movimentar-se de forma normal e 36% (N=18) ficam muito desorientados, necessitam de ser acompanhados. 6% (N=3) de forma ocasional fica desorientado em locais estranhos e o mesmo número não é capaz de sair sozinho ou acompanhado.

Tabela 75. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Locomoção fora de locais familiares	N	%
Normal	26	52
Ocasionalmente fica desorientado em locais estranhos	3	6
Fica muito desorientado, necessita de ser acompanhado	18	36
Não é capaz de sair sozinho ou acompanhado	3	6
Total	50	100

De acordo com a Tabela 76, 36% (N=18) dos idosos utilizam o telefone de forma normal enquanto 32% (N=16) não usa o telefone. 22% (N=11) apenas atende o telefone e 10% (N=5) consegue apenas telefonar para alguns números familiares.

Tabela 76. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Uso do telefone	N	%
Normal	18	36
Telefona apenas para alguns números familiares	5	10
Apenas atende o telefone	11	22
Não usa o telefone	16	32
Total	50	100

78% (N=39) dos idosos consegue ter uma conversa normal, 14% (N=7) são menos comunicativos, e dificuldade em lembrar-se de certas palavras. 4% (N=2) comete erros ocasionais de linguagem e o mesmo número a fala é quase ininteligível (Tabela 77).

Tabela 77. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Conversas	N	%
Normal	39	78
Menos comunicativo, dificuldade em lembrar-se de certas palavras	7	14
Comete erros ocasionais de linguagem	2	4
A fala é quase ininteligível	2	4
Total	50	100

Como mostra a Tabela 78, 78% (N=39) dos idosos compreende tudo o que lhe é dito, por outro lado 16% (N=8) solicita repetição para compreender. 4% (N=2) ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas e 2% (N=1) não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo.

Tabela 78. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Compreensão	N	%
Compreende tudo o que lhe é dito	39	78
Solicita repetição para compreender	8	16
Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas	2	4
Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo	1	2
Total	50	100

No que concerne à leitura (Tabela 79), 56% (N=28) não lê enquanto que 24% (N=12) tem habito de ler de forma normal. 18% (N=9) lê com menos frequência e 2% (N=1) tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu.

Tabela 79. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Leitura	N	%
Normal	12	24
Lê com menos frequência	9	18
Não tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu	1	2
Não lê	28	56
Total	50	100

42% (N=21) não escreve e 24 % (N=12) apenas assina o nome. 18% (N=9) escreve normalmente e 16% (N=8) escreve com menor frequência (Tabela 80).

Tabela 80. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Escrita	N	%
Normal	9	18
Escreve com menor frequência	8	16
Apenas assina o nome	12	24
Não escreve	21	42
Total	50	100

78% (N=39) refere ter relações familiares normais e 12% (N=6) tem pequenos problemas. 8% (N=4) é divorciado, separado ou sem relacionamentos e 2% (N=1) tem sérios problemas familiares (Tabela 81)

Tabela 81. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Relações familiares	N	%
Normais	39	78
Pequenos problemas	6	12
Sérios problemas	1	2
Divorciado, separado, sem relacionamentos	4	8
Total	50	100

Nas relações familiares com crianças (Tabela 82), 70% (N=35) refere sentir-se incapaz de cuidar de crianças e 30% (N=15) refere ter relações normais com crianças.

Tabela 82. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Relações familiares com crianças	N	%
Normais	15	30
Incapaz de cuidar de crianças	35	70
Total	50	100

38% (N=19) encontra os amigos com a mesma frequência, 34% (N=17) encontra os amigos com menor frequência e 28% (N=14) aceita visitas mas não procura companhia (Tabela 83).

Tabela 83. Resultados relativos às atividades instrumentais da vida diária (N=50)

Amigos	N	%
Encontra os amigos com a mesma frequência	19	38
Encontra os amigos com menor frequência	17	34
Aceita visitas, mas não procura companhia	14	28
Total	50	100

Na avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (Índice de Lawton e Brody), de acordo com a Tabela 84, para a amostra total temos uma média de 49,84 e uma moda de 35. O máximo é de 81, o mínimo 3 e o desvio padrão é de 20,88. Fazendo uma divisão da amostra por sexos, no que respeita ao sexo feminino (N=28) a média é de 49,46 e a moda 35. O desvio padrão encontra-se nos 21,50, o mínimo 3 e o máximo 80. No sexo masculino

(N=22) a média é de 50,31 e a moda 27. O desvio padrão é de 20,56, o mínimo de 20 e o máximo de 81.

Tabela 84. Resultados relativos às atividades instrumentais de vida diária

Índice de Lawton e Brody	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
Média	49,84	49,46	50,31
Moda	35	35	27
Desvio Padrão	20,88	21,50	20,56
Mínimo	3	3	20
Máximo	81	80	81
N	50	28	22

5.5. Relação entre a rede de apoio social e o nível de solidão

Pode observar-se na Tabela 85, que o *score* dos instrumentos de avaliação das Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (AIVD) está correlacionado de forma negativa e estatisticamente significativa com a satisfação com amigos ($r=-.420;p=.002$); com a satisfação com família ($r=-.367;p=.009$) e com a rede de amigos ($r=-.617;p=.000$), mostrando que, quanto menos a dependência dos idosos institucionalizados, maior a sua satisfação com a sua rede familiar e de amizades. Por outro lado, os níveis de dependência avaliados pelo Índice de Lawton e Brody estão correlacionadas de forma positiva com a rede social de confiança ($r=.579;p=.000$), mostrando como elevados níveis de dependência tendem a estar associados à constituição de redes de confiança.

Considerando os fatores avaliados pela Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS), a satisfação com as amizades está correlacionado de modo significativo e negativo com o nível de dependência avaliado pelo Índice de Lawton e Brody ($r=-.420;p=.002$) e com a rede de confiança ($r=-.351;p=.012$). A satisfação com amizades está ainda correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com a satisfação com a família e com a rede de amigos ($r=.306$).

Relativamente à intimidade (ESSS), verifica-se que esta não apresenta nenhuma relação estatisticamente significativa com nenhum dos fatores e indicadores considerados.

Ao nível da satisfação com a família, verifica-se a existência de uma correlação negativa com o nível de dependências das atividades básicas e instrumentais de vida diária

($r=-.367$; $p=.009$) e com a rede de confiança ($r=-.442$; $p=.001$). Verifica-se, igualmente uma correlação positiva com a satisfação com a amizade ($r=.306$; $p=.031$); com a rede familiar ($r=.604$; $p=.000$) e com a rede de amigos ($r=.355$; $p=.011$).

A satisfação com as atividades sociais não se encontra correlacionada de modo significativo com nenhum dos restantes indicadores.

A Rede de Apoio Social, no que toca à rede familiar, apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a rede de confiança ($r=-.348$; $p=.013$). A correlação é positiva e significativa com a satisfação com a família ($r=.604$; $p=.000$). Na rede de amigos, temos uma correlação negativa aos níveis de dependência avaliados ($r=-.617$; $p=.000$) e à rede de confiança ($r=-.626$; $p=.000$). A rede de amigos apresenta uma correlação positiva no que respeita à satisfação com amigos ($r=.306$; $p=.031$) e à satisfação com família ($r=.355$; $p=.011$). A rede de confiança correlaciona-se negativamente com a satisfação com amigos ($r=-.351$; $p=.012$); com a satisfação com família ($r=-.442$; $p=.001$); com a rede familiar ($r=-.348$; $p=.013$) e com a rede de amigos ($r=-.626$; $p=.000$), estando ainda correlacionada de forma positiva com o nível de dependência ($r=.579$; $p=.000$).

Contrariamente ao esperado, o nível percebido de solidão, tal como avaliado pela Escala de Solidão UCLA, não apresenta correlações estatisticamente significativas com nenhum dos restantes indicadores no presente estudo. Ainda assim, a solidão percebida apresenta correlações negativas com o nível de dependência ($r=-.137$; $p=.341$); com a rede familiar ($r=-.170$; $p=.238$); e com a rede de confiança ($r=-.051$; $p=.724$). A correlação é positiva com a satisfação com amigos ($r=.116$; $p=.423$); com a intimidade ($r=.205$; $p=.154$); com a satisfação com a família ($r=.078$; $p=.588$); com as atividades sociais ($r=.120$; $p=.405$); e com a rede de amigos ($r=.259$; $p=.070$).

Tabela 85. Resultados da análise correlacional da rede de suporte social e a solidão

Spearman's rho		Índice Lawton e Brody	ESSS Satisfação com amizades	ESSS Intimidade	ESSS Satisfação com família	ESSS Atividades Sociais	Lubben Rede Familiar	Lubben Rede Amigos	Lubben Rede Confiança	Escala Solidão UCLA
Índice Lawton e Brody	Correlation Coefficient		-,420**	-,030	-,367**	-,075	-,184	-,617**	,579**	-,137
	Sig. (2-tailed)		,002	,836	,009	,604	,202	,000	,000	,341
	N		50	50	50	50	50	50	50	50
ESSS Satisfação com amizades	Correlation Coefficient	-,420**		,032	,306*	-,043	,134	,306*	-,351*	,116
	Sig. (2-tailed)	,002		,824	,031	,766	,353	,031	,012	,423
	N	50		50	50	50	50	50	50	50
ESSS Intimidade	Correlation Coefficient	-,030	,032		-,246	,073	-,248	,251	,018	,205
	Sig. (2-tailed)	,836	,824		,085	,615	,082	,078	,899	,154
	N	50	50		50	50	50	50	50	50
ESSS Satisfação com família	Correlation Coefficient	-,367**	,306*	-,246		-,145	,604**	,355*	-,422**	,078
	Sig. (2-tailed)	,009	,031	,085		,315	,000	,011	,001	,588
	N	50	50	50		50	50	50	50	50
ESSS Atividades Sociais	Correlation Coefficient	-,075	-,043	,073	-,145		-,220	,061	,085	,120
	Sig. (2-tailed)	,604	,766	,615	,315		,124	,672	,555	,405
	N	50	50	50	50		50	50	50	50
Lubben Rede Familiar	Correlation Coefficient	-,184	,134	-,248	,604**	-,220		,175	-,348*	-,170
	Sig. (2-tailed)	,202	,353	,082	,000	,124		,223	,013	,238
	N	50	50	50	50	50		50	50	50
Lubben Rede Amigos	Correlation Coefficient	-,617	,306*	,251	,355*	,061	,175		-,626**	,259
	Sig. (2-tailed)	,000	,031	,078	,011	,672	,223		,000	,070
	N	50	50	50	50	50	50		50	50
Lubben Rede Confiança	Correlation Coefficient	,579**	-,351*	,018	-,442**	,085	-,348	-,626**		-,051
	Sig. (2-tailed)	,000	,012	,899	,001	,555	,013	,000		,724
	N	50	50	50	50	50	50	50		50
Escala Solidão UCLA	Correlation Coefficient	-,137	,116	,205	,078	,120	-,170	,259	-,051	
	Sig. (2-tailed)	,341	,423	,154	,588	,405	,238	,070	,724	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão de resultados consiste em “(...) interpretar os resultados obtidos em relação com o problema, as questões de investigação ou as hipóteses e a estabelecer comparações e contrastes com trabalhos anteriores que incidiram sobre o mesmo fenómeno.” (Fortin, 1999, pág. 346).

Assim sendo, e tendo em vista os objetivos desta investigação, serão discutidos de uma forma resumida os principais resultados da mesma, uma vez que estes contribuirão para obter uma resposta à questão de investigação.

Os resultados do estudo demonstram que os idosos inquiridos, de um modo geral, não se sentem sós, o que está em desacordo com aquilo que observei, pois a maioria dos idosos refere experienciar momentos de solidão, sendo estes momentos colmatados com a presença e carinho dos funcionários da instituição. Este facto poderá estar relacionado com a desejabilidade social, pois a maioria dos indivíduos tem dificuldade em confrontar-se com a realidade. Devido a isto, alguns idosos mostraram-se relutantes com dificuldades em preencher os questionários, fazendo com que, muitas vezes, as respostas dadas possam não corresponder ao estado vivencial do indivíduo.

O facto dos inquiridos se sentirem sós poderá estar relacionado com a monotonia dos hábitos destas pessoas, uma vez que a sua maioria já não tem qualquer atividade laboral, possuem alguma dependência física, o que leva com que passem o seu dia-a-dia na instituição.

Nota-se também uma falta de estabelecimento de contatos frequentes com a família, vizinhos ou amigos, pois este facto leva a que os idosos se sintam mais sós. As pessoas que consideram viver em situação de solidão, associam este sentimento à falta de amor, afeto, companhia, ao isolamento, ao abandono por parte das pessoas que os rodeiam, principalmente por parte dos filhos e ainda à falta de saúde.

O indivíduo vai construindo a sua rede social no decurso da vida e a sua extensão depende de fatores sociodemográficos, culturais e de personalidade.

Verifica-se que 32% dos idosos inquiridos relaciona-se com três ou quatro familiares sendo que apenas 4% não se relaciona com nenhum familiar. Sabe-se que “o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos,

mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio” (Tennstedt & Mckinlay, 1989, *in* Paúl, 2005, p. 283).

Na amostra, há uma percentagem razoável de idosos que não têm amigos com quem se sintam à vontade e a quem possam pedir ajuda (16%). Manter amizades é essencial para o bem-estar emocional. A amizade contribui para o bem-estar na velhice de várias formas: através do apoio e companheirismo na vida quotidiana; durante os momentos de maior *stress*; ajuda na manutenção da identidade em mudança de circunstâncias e adaptação à velhice, todavia, nem todos os idosos têm amigos disponíveis que preencham estas diferentes funções (Stevens, 2001). Os idosos são também seletivos na escolha de novas amizades, e isso verifica-se nos resultados do estudo, que demonstram que apenas 8% dos idosos inquiridos têm nove ou mais amigos.

No que respeita ao sentimento de solidão, na amostra de idosos estudada, 68% dos inquiridos “ discorda” quando questionados se “ se sentem sós no mundo e sem apoio” e 22% dizem “concordar” com esta afirmação.

Sabe-se que “a solidão é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa não é satisfatória” (Perlman & Peplau, 1982, *in* Monteiro & Neto, 2008, p. 85).

CONCLUSÃO

Este estudo pretende alertar para o sentimento de solidão nos idosos. Alguns idosos não sofrem de solidão, mas alguns experienciam essa dor, e sendo a solidão difícil de definir é importante tentar compreender os fatores que para ela contribuem e influenciam, com o objetivo de intervir para prevenir.

Devido a complexidade deste ciclo de vida e ao aumento da população idosa torna-se cada vez mais pertinente intervir junto desta população (Paul & Fonseca, 2005).

Existe muito a fazer por esta população, e as políticas que são dirigidas neste sentido não vão de encontro às necessidades desta população, o que torna importante adotar medidas que proporcionem melhor qualidade de vida a essas pessoas, pelo que é importante realizar trabalhos sobre envelhecimento, de forma a dar um contributo para a desmitificação de estereótipos sobre os idosos (Oliveira, 2008).

De acordo com Fortin (1999) a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo em que vivemos, é um método particular de aquisição de conhecimentos, de forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para as questões que necessitam de investigação. O presente estudo torna-se pertinente porque pretende demonstrar o nível de solidão sentida pelos idosos institucionalizados.

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, que causa mal-estar, e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999).

Retomando as questões de investigação colocadas - **Qual o nível de solidão sentida pelos idosos institucionalizados? e Qual o apoio social e a satisfação com o mesmo em idosos institucionalizados?** -, cabe dizer que a solidão sentida pelos idosos institucionalizados, na amostra estudada, passa pela disponibilidade da rede social.

Os familiares continuam a estar presentes na vida dos idosos, embora já se verifiquem casos de ausência familiar (4% no caso da amostra estudada). Constatou-se que há uma razoável percentagem de idosos (16% da amostra) que não tem amigos com quem se sintam à vontade e a quem possam pedir ajuda.

Dado o exposto, e conhecida a resposta à questão formulada, é importante desenvolver estratégias no sentido de atenuar ou eliminar o sofrimento dos mais velhos provocados pelo sentimento de solidão que é considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas.

Os resultados obtidos não mostram nenhuma relação estatisticamente significativa entre o nível percebido de solidão os restantes indicadores (nível de dependência, rede social e satisfação com o suporte social). Verifica-se uma relativa satisfação dos idosos questionados quanto à sua rede de amigos, familiares e relações íntimas. A satisfação com as atividades sociais apresenta, para estes idosos, um nível negativo. Contrariamente ao esperado, os dados não revelam associações estatisticamente significativas entre a rede de apoio social e os níveis percebidos de solidão, evidenciando a necessidade de aprofundar estudos a este nível.

Para Neril & Freire (2000), os relacionamentos sociais são muito importantes para o bem-estar físico e mental na velhice, sendo perfeitamente alcançável a meta de envelhecer livre da solidão e do isolamento, desde que se tomem iniciativas para manter uma boa qualidade de vida.

É fundamental ter em conta os vários apoios prestados ao idoso: o apoio formal que provem do Estado ou das estruturas sociais e o apoio informal que provem dos diferentes membros da família, dos amigos ou dos vizinhos. É também necessário um esforço para que sejam ajustadas as relações sociais dos idosos com os filhos, netos e amigos, incentivando a novos relacionamentos e a adaptação do idoso a um novo estilo de vida para que as perdas sejam minimizadas.

Num futuro próximo é importante alargar as respostas para os idosos, de forma a facilitar as escolhas, em que haja uma adequação da pessoa ao ambiente, um carácter de continuidade e não de rutura com o passado.

No decurso deste estudo, a limitação sentida foi na recolha de dados, em que houve recusa por parte de muitos idosos em participar no estudo e a desconfiança de alguns participantes, o que dificultou e prolongou um pouco mais no tempo a aplicação dos questionários.

Devem ainda ser tidos em conta, em investigações posteriores, aspetos como a desejabilidade social. Isto porque no processo de recolha de dados, os questionários foram preenchidos pelo investigador e as respostas dadas pelos entrevistados poderão

ser condicionadas pela questão da desabilidade social. Os idosos tendem a “deturpar” mais na respostas a questionários e entrevistas do que os mais jovens, e também têm tendência a considerar de forma otimista os seus estados de saúde e bem-estar, o que de certa forma vai de encontro com a experiência subjetiva da investigadora e os dados objetivos dos instrumentos (Paschoal, 2002).

É também de salientar que devido à restrita amostra, as conclusões não podem ser generalizadas, dizendo apenas respeito à amostra em questão (N=50).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Apport.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging and Mental Health*, 2, 264-274.
- Baltes, M. & Reizenzein, R. (1986). The social world in long-term care institutions: Psychosocial control toward dependency. In M.Baltes & P.Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 315-343). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barron, A.I. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. (M.A.Madeira, F.A.Silva, L. Abecasis & M.C.Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J.E., & Fisher, L.M. (1995) Aging and speed of behavior: Possible consequences for psychological functioning. *Annual Review of Psychology*, 46, 329-353.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda. Vol 1: Apego*. (A. Cabral, trad.). Brasil: Martins Fontes (Obra original publicada em 1969).
- Brito, R. C. & Koller, S. (1999). *Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo*. (pp. 115-126). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buchholz, E. S., & Helbraun, E. (1995). A psychobiological developmental model for na “alonetime” need infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 143-158.
- Campos, C. (1982). Adequação da intensidade de cuidados dos níveis de dependência dos idosos. Análise económica das ineficiências. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa.
- Carvalho, G.A., Peixoto, N.M., & Capella, P.D. (2007). *Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio de protocolos de Katz e Tinetti*. Revista Digital. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm> (Consultado em Julho 2012).
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: a Velhice em Cena: Estudos Clínicos e Psicodramáticos sobre o Envelhecimento e a Terceira Idade* (pp. 38-45). São Paulo: Ágora.
- Costa, M.A. (2002). *Cuidar idosos: Formação prática e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

- Costa, M.A., & Carreira, L. (2005). A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal. *Sinais Vitais*, 60, 13-60.
- Farinatti, P.T. (2002). Teorias do envelhecimento. *Revista Brasileira de Medicina*, 4, 129-138.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fillenbaum, G.G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Geneva: WHO.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & António M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 95-110). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociências Edições Técnicas e Científicas.
- Gaioli, C.C.L.O. (2004). *Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Gerson, A.C., & Perlman, D. (1979). Loneliness and expressive communication. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 258-261.
- Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional de terceira idade. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 68, 6-10).
- Hess, N. (2004). Loneliness in old age: Klein and others. In S. Evans & J. Garner (Eds.), *Talking over the years: A handbook of dynamic psychotherapy with older adults* (pp. 15-28). E.U.A.: Brunner-Routledge.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (2ª Ed.) Lisboa: Edições Silabo.
- Holland, C., Kallaher, L., Peace, S., Scharf, T., Breeze, E., Gow, J., & Gilhooly, M. (2005). Getting out and about. In A. Walker (Eds.), *Understanding quality of life in old age* (pp. 49-63). New York: Open University Press.
- Horowitz, L.M., French, R.S., & Anderson, C.A. (1982). The prototype of a lonely person, In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 135-149). New York: John Wiley & Sons.

- INE. (2002). O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32.
- INE. (2011). Censos 2011: *Resultados Pré Definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jong-Gierveld, J., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 105-119). New York: John Wiley & Sons.
- Karinkanta, S. (2005). Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology*, 51, (2), 116-121.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lawton, M.P. & Brody, M.H. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lopes, P. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um estudo comparativo e correlacional*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Loreto, C.D. (2000). *Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia*. Tese de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Lubben, N. (1988). Lubben Social Networks Scale. *Family and Community Health*, 11, (3), 44-53.
- Martins, G. A. & Theóphilo, C. R. (2007). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas, 2007.
- Martins, P. (2003). *O idoso e a família*. Tese de Mestrado em Ciências Sociais. Universidade de Lisboa.
- Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. VII, 1, 107-121.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: da solidão aos motivos para a sua frequência*. (p. 85). Porto: Legis Editora.
- Neril, A. & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Neto, F. (1989). *Escala de solidão de UCLA*. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso*. Porto: Legis Editora.
- OMS – WHO (1998). *The role of PA in healthy aging gene*. Disponível em www.medicinageriatrica.com.ar (Consultado em Junho 2012).
- Paschoal, S. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp. 79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (1993). *Avaliação do estado funcional do idoso*. Geriatria, 6, 21-26.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia, 15, 275-287.
- Paúl, C., Fonseca, A. M, Martin, I. & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M.C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. (pp.109).Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M.C., & Fonseca, A.M. (2005). Envelhecer em Portugal. *Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 28). Lisboa: Climepsi Editores.
- Peplau, L.A., Bikson, T.K., Rook, K.S., & Goodchilds, J.D. (1982). Being old and live alone. In l.a.Peplau, & D.Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 327-345). New York: John Wiley & Sons.
- Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. .Coimbra: Quarteto.
- Portugal, S. (2006). *Novas Famílias Modos Antigos*. Dissertação de tese de doutoramento em Sociologia. Coimbra.

- Quaresma, M.L., Fernandes, A.A., Calado, D.F., & Pereira, M. (2004). *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CESDET – Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Rikli, R. & Jones, C. (1999). Functional Fitness Normative Scores for Community-Residing older adults, ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*. 7, (2), 162-181.
- Russel, D.W., Cutrona, C.E., Mora, A., & Wallace, R.B., (1997). Loneliness and nursing home admission among rural and older adults. *Psychology and Aging*, 12, 573-590.
- Santos, P. (1995). *A depressão no idoso: factores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de centros de dia e residentes no domicílio*. Coimbra: Edições Coimbra.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G.(2006). *Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly?* *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Serra, A. Vaz (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Coimbra.
- Silva, M.Eugénia (2005). *Saúde Mental e Idade Avançada. Uma perspectiva abrangente*. In C. Paúl, & A.M.Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 136-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sluzki, C. (1997). *A Rede Social na Prática Sistémica – Alternativas Terapêuticas*. São Paulo:Edição Casa do Psicólogo.
- Sousa, G., & Feio, M. (1998). Avaliação psicossocial do idoso na casa de saúde de Santa Rosa de Lima. *Geriatrics*, 11, 11-26.
- Souza, L. & Garcia, A. (2008). *Amizade em idosos: um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros*. *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*, 13, 173-190.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society* ,21, 183-202.
- Ussel, J.I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares e sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R.S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 135-149). New York: John Wiley & Sons.
- Zimmerman, G.I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto: Artmed Editora.

Anexos

Anexo I

Questionário Sociodemográfico

Questionário 1

Sexo:

Masculino ☐ Feminino ☐

Idade: _____

Estado civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
Separado(a)/divorciado(a) ☐ União de facto ☐

Nível de escolaridade:

Não frequentou ensino formal ☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano) ☐
2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano) ☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano) ☐
Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial) ☐
Ensino Superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento) ☐

Principal profissão desenvolvida durante a vida ativa: _____

Reforma / pensão:

Até 200€ ☐ De 201€ a 500€ ☐ De 501€ a 1000€ ☐
De 1001€ a 1500€ ☐ Mais de 1501€ ☐

Com quem vive:

Sozinho ☐ Em casal ☐ Em instituição ☐
Com família alargada ☐
Quanto elementos no agregado familiar? _____

Área geográfica de residência:

Distrito: _____ Concelho: _____

Anexo II

Escala de Rede de Apoio Social de Lubben

Questionário 3

Seguem-se algumas questões sobre vários aspectos da relação do(a) idoso(a) com outras pessoas. Coloque as várias possibilidades de resposta à pessoa idosa e assinale a quadrícula correspondente à opção efectuada pela mesma com um X. Por favor assinale apenas uma quadrícula por cada questão.

Rede familiar

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez no mês? (incluir parentes por afinidade)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zero	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais

2. Sobre o familiar com quem contacta mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De meses a meses	Mensalmente	Algumas vezes por mês	Semanalmente	Algumas vezes por semana	Diariamente

3. Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zero	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais

Rede de amigos

4. Tem amigos íntimos, isto é, amigos com quem se sente à vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zero	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais

5. Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mês?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zero	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais

6. Quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contacta mais?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Algumas vezes por mês	Semanalmente	Algumas vezes por semana	Diariamente

Relações de confiança

7. Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca

8. Quando outras pessoas que conhece têm alguma decisão a tomar, falam consigo sobre esse assunto?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca

Ajuda aos outros

9. Há alguém à espera que faça algo por ela/ ele? Por exemplo ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc.

*Se a resposta é **não** passar para a 10 e seguinte*

*Se a resposta for **sim**, cotar 5 e passar para o item 11*

10. Ajuda alguém em coisas como ir às compras, preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.?

☐

Sempre

☐

Com muita frequência

☐

Frequentemente

☐

Às vezes

☐

Raramente

☐

Nunca

11. Vive só ou com outras pessoas? (incluir parentes por afinidade)

☐

Vive com o cônjuge e/ou com outros familiares e amigos

☐

Vive com pessoas que não lhe são nada

☐

Vive com alguém a quem paga uma mensalidade

☐

Vive só

Anexo III

Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)

Questionário 4

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
2. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
4. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1	2	3	4	5
5. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5
7. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
8. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	1	2	3	4	5
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
10. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
11. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5
12. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5
13. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
14. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
15. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	1	2	3	4	5

Anexo IV

Escala de Solidão UCLA

Questionário 6

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído(a)	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado(a) dos outros	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído(a)	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer	1	2	3	4

Anexo V

Índice de Lawton e Brody

Questionário 2

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

CUIDADOS PESSOAIS

Alimentação

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou servir
- 3 = Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições

Vestir-se

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Sequências errada, esquece itens
- 3 = Necessita de ajuda para vestir-se

Banho

- 0 = Normal
- 1 = Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)
- 2 = Toma banho sozinho(a) com assistência
- 3 = Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros

Eliminações fisiológicas

- 0 = Vai à casa de banho sozinho(a)
- 1 = Vai à casa de banho quando lembrado(a); pequenos problemas
- 2 = Precisa de ajuda para a actividade
- 3 = Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical

Medicação

- 0 = Toma sem ajuda
- 1 = Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial
- 2 = Necessita de lembretes escritos ou falados
- 3 = Necessita que outros lhe dêem a medicação

Interesse na aparência pessoal

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Interessa-se quando vai sair, mas não em casa
- 2 = Preocupa-se apenas quando solicitado
- 3 = É necessário ser vestido(a) por terceiros

CUIDADOS DOMÉSTICOS

Preparação da alimentação, cozinhar

- 0 = Planeia e prepara a refeição sem dificuldades
- 1 = Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade
- 2 = Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente seleccionados)
- 3 = Incapaz de preparar a comida

Arrumação da mesa

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado
- 3 = Não realiza esta actividade

Trabalhos domésticos

- 0 = Mantém a casa como de costume
- 1 = Faz apenas metade do seu trabalho
- 2 = Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços
- 3 = Não cuida da casa

Tarefas domésticas

- 0 = Realiza todos os arranjos habituais
- 1 = Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais
- 2 = Ocasionalmente faz pequenos arranjos
- 3 = Não faz nenhum trabalho

Lavar roupas

- 0 = Lava-as como de costume (rotina)
- 1 = Lava com menor frequência
- 2 = Lava apenas quando lembrado
- 3 = Não lava as roupas

TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER

Trabalho

- 0 = Trabalha normalmente
- 1 = Problemas leves com responsabilidades de rotina
- 2 = Trabalha em actividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto
- 3 = Não trabalha

Recreação

- 0 = A habitual
- 1 = Actividade menos frequente
- 2 = Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas
- 3 = Não participa em actividades recreativas

Organizações

- 0 = Comparece a encontros
- 1 = Comparece menos frequentemente
- 2 = Comparece ocasionalmente
- 3 = Não comparece a encontros

Viagens

- 0 = O habitual
- 1 = Viaja com a ajuda de alguém
- 2 = Viaja com ajuda de cadeira de rodas
- 3 = Limitado(a) à casa ou ao hospital

COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO

Compras

- 0 = Normal
- 1 = Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários
- 2 = Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras
- 3 = Não faz as compras

Gestão do dinheiro

- 0 = Normal
- 1 = Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro
- 2 = Perde ou coloca o dinheiro em local errado
- 3 = Não gere o dinheiro

Administração das finanças

- 0 = Pagamento de contas e serviços bancários normais
- 1 = Paga contas atrasadas, dificuldades em preencher cheques
- 2 = Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita de ajuda de terceiros
- 3 = Não gere as finanças

LOCOMOÇÃO

Transporte público

- 0 = Utiliza transporte público normalmente
- 1 = Utiliza transporte público menos frequentemente
- 2 = Perde-se quando utiliza transporte público
- 3 = Não usa transporte público

Condução de veículos

- 0 = Conduz normalmente
- 1 = Conduz com cuidado
- 2 = Dificuldade em conduzir; perde-se enquanto conduz
- 3 = Não conduz

Mobilidade pela sua vizinhança

- 0 = Normal
- 1 = Sai de casa menos frequentemente
- 2 = Perde-se nas proximidades da casa
- 3 = Só sai acompanhado(a)

Locomoção fora de locais familiares

- 0 = Normal
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos
- 2 = Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)
- 3 = Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)

COMUNICAÇÃO

Uso do telefone

- 0 = Normal
- 1 = Telefona apenas para alguns números familiares
- 2 = Apenas atende ao telefone
- 3 = Não usa o telefone

Conversas

- 0 = Normal
- 1 = Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras
- 2 = Comete erros ocasionais de linguagem
- 3 = A fala é quase ininteligível

Compreensão

- 0 = Compreende tudo o que lhe é dito
- 1 = Solicita repetição para compreender
- 2 = Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas
- 3 = Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo

Leitura

- 0 = Normal
- 1 = Lê com menor frequência
- 2 = Não tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu
- 3 = Não lê

Escrita

- 0 = Normal
- 1 = Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais
- 2 = Apenas assina o nome
- 3 = Não escreve

RELAÇÕES SOCIAIS

Relações familiares

- 0 = Normais
- 1 = Pequenos problemas
- 2 = Sérios problemas
- 3 = Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos

Relações familiares (crianças)

- 0 = Normais
- 1 = Facilmente irritável, punições intempestivas
- 2 = Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos
- 3 = Incapaz de cuidar das crianças

Amigos

- 0 = Encontra os amigos com a mesma frequência
- 1 = Encontra os amigos com menor frequência
- 2 = Aceita visitas, mas não procura companhia
- 3 = Recusa a vida social; insulta os visitantes